

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES DERMOÏDES
DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Février 1907 à 1 heure

PAR

C. NANDROT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Président	M. POZZI, professeur.
Juges.	MM. LE DENTU, professeur.
	FAURE, agrégé.
	MORESTIN, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1907



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES DERMOÏDES
DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs	M. DEBOVE MM
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	SEGOND
Thérapeutique	G. POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	HAYEM
	DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies du système nerveux	JOFFROY
	RAYMOND
	LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER
	BERGER
	RECLUS
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD
	BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM	MM	MM
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGRY	PROUST
BEZANÇON	DUVAL	LEGUEU	RENON
BRANCA	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MAILLARD	des trav. anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBÉ	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES DERMOÏDES
DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Février 1907 à 1 heure

PAR

C. NANDROT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris



Président

M. POZZI, professeur.

Juges. }

MM. LE DENTÛ, professeur.

FAURE, agrégé.

MORESTIN, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1907

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance

A MON CHER MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR S. POZZI

Commandeur de la Légion d'Honneur

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. les Docteurs ARROU, BÉCLÈRE (1898-1899)

A la mémoire du Docteur Pierre MERKLEN (1899-1900)

EXTERNAT

1900 — *Hôpital Necker*

Monsieur le Docteur ROUTIER

1901 — *Hôpital des Enfants Malades*

Monsieur le Professeur agrégé MÉRY

1902 — *Hôpital Saint-Antoine*

Monsieur le Docteur BÉCLÈRE

INTERNAT

1903 — *Hôpital Broca*

Monsieur le Professeur S. POZZI

1904 — *Hôpital Tenon*

Monsieur le Docteur ROCHARD

Monsieur le Docteur BOISSARD

1905 — *Hôpital Trousseau*

Monsieur le Professeur agrégé RIEFFEL

1906 — *Hôpital de la Pitié*

Monsieur le Professeur agrégé WALTHER

Monsieur le Docteur ROBINEAU

A Messieurs les Professeurs agrégés THIÉRY, MAUCLAIRE, GOSSET.

A Monsieur le Docteur BAUDET, Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur KALT

Chef de service à la Clinique Nationale des Quinze-Vingts

A Monsieur le Docteur CASTEX

Chargé de cours de Laryngologie à l'École de Médecine

Qui m'ont reçu avec tant de bienveillance dans leurs services

INTRODUCTION

Il y a quelques mois, au cours de notre dernière année d'Internat, dans le service de notre maître Walther, à l'hôpital de La Pitié, nous avons fait une thoracotomie d'urgence chez une jeune femme de 22 ans, présentant des troubles dyspnéïques allant jusqu'à la suffocation et à l'apnée complète.

Cette malade avait été envoyée la veille à M. le docteur Renon qui conseilla aussitôt une intervention chirurgicale.

L'ouverture du thorax nous fit voir qu'il s'agissait d'un énorme kyste dermoïde ayant pris possession à peu près de la totalité de la cage thoracique.

L'opération fut très incomplète par suite du mauvais état général du sujet. Elle amena cependant une amélioration considérable pendant quelques jours.

L'autopsie confirma notre diagnostic en nous montrant une tumeur dermoïde kystique très complexe, du poids de 11 à 12 kilos adhérant avec la plupart des organes du médiastin.

Il nous aurait donc été impossible de mener à bien une intervention complète, même si l'état général nous l'avait permis, par suite de ces connexions.

Le néoplasme, comme on le verra dans l'histoire de la malade, évoluait au moins depuis six ans ; il est probable que plusieurs années auparavant, il aurait été possible de faire

une opération vraiment utile, capable de guérir complètement le sujet.

Nous rapportons aussi complètement et exactement que possible, l'observation de ce cas curieux et rare que M. le professeur agrégé Renon a gracieusement mise à notre disposition, mais avant de tirer quelques conclusions nous avons voulu rechercher dans la science médicale les cas de kystes dermoïdes du médiastin antérieur, capables de se superposer au nôtre.

Nous en avons trouvé un certain nombre à l'étranger, surtout en Allemagne, où cette question semble avoir assez vivement intéressé les auteurs.

Il y en a de fort curieux non seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais aussi au point de vue de la thérapeutique chirurgicale à laquelle ils ont donné lieu, et des résultats obtenus.

Le premier travail d'ensemble sur cette variété de tumeurs du médiastin remonte à 1870 et est dû à Franz Riegel (1). Cet auteur a rassemblé dans son mémoire 42 tumeurs du médiastin parmi lesquelles se trouvaient 5 kystes dermoïdes.

Lannelongue et Achard dans leur *Traité des kystes congénitaux* ajoutent aux observations précédentes la relation de 6 cas épars dans la littérature médicale.

Hare en signale 7 cas dans le médiastin antérieur, et 11 cas dans le thorax dans une étude parue en 1889 à Philadelphie (2).

En 1891, à propos d'une découverte d'autopsie dont il donne les détails complets, Marfan (3) reprenant la question

1. Virchows, *Arch. für Pathol. anat.* Bd. XLIX, Heft, 2. 5, p. 208.

2. Hare, *The Pathology, clinical history and diagnosis of affections of the mediastinum* (Philadelphie, 1899).

3. Marfan, *Société anat. de Paris*, 1891 et *Gazette hebdomadaire* du 15 août 1891.

dans une rapide vue d'ensemble, envisagée surtout au point de vue pathogénique, mentionne en outre des observations précédentes, 5 cas nouveaux.

Peyrot, dans son article du *Traité de Chirurgie* paru en 1892, signale 3 observations passées sous silence par les auteurs précédents.

Le travail le plus important en France sur cette question est dû à Dardignac, et a fait l'objet d'une communication à la Société de Chirurgie et d'un mémoire publié dans la *Revue de Chirurgie* en 1894 (page 776).

L'auteur rapporte une observation inédite à laquelle il ajoute 22 cas parus antérieurement. Il envisage la question au point de vue clinique et thérapeutique.

En Allemagne, à quelques années de distance, paraissent deux mémoires très importants, l'un de Pflanz en 1896 (1), l'autre de Ekehorn en 1898.

Le premier rapporte 32 cas dont un personnel.

Le second donne 36 observations dont deux inédites. Ces deux auteurs consacrent dans leur étude une large part à la pathogénie de ces tumeurs.

Toujours en Allemagne, Dangschat (3) publie en 1903 dans le *Beiträge Zur klinisch. Chirurgie*, un travail assez documenté sur la question, il ajoute deux nouveaux cas aux précédents, ce qui fait un total de 42, et reprend en les modifiant quelque peu les idées de ses devanciers.

Enfin en 1903, dans le *Medical News*, Morris (4), de l'Université de Michigan, vient encore apporter un fait nouveau. Sa recherche bibliographique très complète lui permet de porter le chiffre des observations à 56.

1. Pflanz, *Zeitschr. für Heilkunde*, 1896, Bd. XVII.

2. Ekehorn, *Arch. für klin. Chirurg.* Bd. LVI, 1898, de 107 à 159.

3. Dangschat, *Beiträge zur Genese, Patholog. und Diagnose der Dermoid cysten und Teratome in mediastum anticum*, 1903, p. 692.

4. Morris, *Med. News* du 26 août au 26 septembre 1903.

Nous avons modifié légèrement cette statistique en mettant de côté environ 8 cas de kyste dermoïde du poumon, que l'auteur considérait comme appartenant au médiastin antérieur. Nous en avons retranché quelques-uns et ajouté quelques autres, de telle sorte qu'avec notre observation inédite nous publions 57 cas dont 8 kystes dermoïdes du poumon que nous avons mis à part.

Le chiffre véritable des kystes dermoïdes du médiastin est donc de 49 dans notre travail.

Nous commencerons par donner *in extenso* l'observation inédite du cas observé dernièrement par nous.

Observation inédite. — MM. RENON, DELILLE ET NANDROT. — *Kyste dermoïde, multiloculaire, énorme, du médiastin antérieur, chez une jeune fille de 22 ans.* — Le 23 octobre 1906, on amène dans le service du docteur Renon, une malade présentant une dyspnée considérable, et dans l'histoire clinique de laquelle on relève les particularités suivantes :

Antécédents héréditaires. — Une sœur morte de tuberculose il y a 5 ans.

Antécédents personnels. — Bien portante jusqu'à l'apparition des accidents thoraciques.

Début. — Ces derniers auraient débuté, il y a environ 5 ans, peu après l'apparition des premières règles et auraient consisté en *dyspnée d'effort*.

Cette *dyspnée* devint à la longue presque continue avec des exacerbations coïncidant avec les moindres travaux physiques.

En outre, la malade ne tarda pas à se plaindre de *douleurs intercostales* sous forme de points de côté erratiques avec une préférence marquée cependant pour le côté droit, de *toux* légère, quinteuse, sans expectoration.

Le soir il y avait un léger mouvement fébrile se traduisant

par de la congestion des pommettes et une sensation de chaleur générale désagréable.

Il y a 2 mois environ, la dyspnée devint très violente et en quelques jours atteignit presque le degré qu'elle présente aujourd'hui.

Le docteur Bonenfant de Soissons, vit la malade trois fois à partir de cette époque, et il nous a envoyé les renseignements suivants :

La jeune femme présente une dyspnée considérable qui s'exagère au moindre effort et qui rend très pénible, pour ne pas dire impossible la position horizontale, si peu prolongée soit-elle.

La toux est très fréquente ; se produit par quintes et ne s'accompagne d'aucune expectoration.

L'examen des poumons nous révèle :

1° a) Au niveau du *poumon gauche*. — Sommet normal.

Base submate avec murmure vésiculaire très affaibli.

b) *Poumon droit*. — Rien d'anormal dans le $\frac{1}{4}$ supérieur.

Matité absolue dans les $\frac{3}{4}$ inférieurs.

A la périphérie de cette zone mate, rales humides. Au centre disparition presque complète du murmure vésiculaire avec absence de fremitus vocal.

2° Examen des autres organes :

Foie déborde les fausses côtes de 4 cm. environ.

Cœur, les bruits sont très sourds et la tachycardie considérable.

Matité cardiaque très augmentée.

Pointe du cœur à peine perceptible.

La *déglutition* est relativement pénible et les aliments semblent subir un temps d'arrêt au niveau du $\frac{1}{3}$ supérieur de l'œsophage.

Une ponction faite à droite dans le 4^e *espace intercostal*, au niveau de la ligne axillaire, donne $\frac{1}{4}$ de centimètre cube d'un pus presque stérile contenant cependant quelques rares pneumocoques ? [nous en doutons].

La malade est amenée par ses parents à l'hôpital de La Pitié le 23 octobre au matin.

Elle est en orthopnée avec cyanose des lèvres.

Faciès vultueux.

Yeux brillants.

Respirations extrêmement fréquentes et très courtes.

Pouls excessivement rapide et petit. La température est normale à ce moment.

Le voyage de Soissons à Paris a excessivement fatigué la malade, et nous ne pouvons l'examiner que 2 heures après son entrée à l'hôpital.

Aspect extérieur. — Elle est très amaigrie.

La cyanose persiste, les veines jugulaires sont turgescents surtout à droite.

Les *troubles digestifs* se sont accentués : la déglutition est devenue extrêmement pénible (et cette difficulté est attribuée par la malade à la gêne respiratoire). La constipation est opiniâtre.

Le *Foie* déborde les fausses côtes de 4 à 5 centimètres : il est douloureux à la percussion et à la palpation.

La rate n'est pas perceptible.

Examen du thorax. — Amaigrissement notable de la poitrine.

Fosses sus-claviculaires très apparentes.

Scoliose marquée à convexité droite : cette scoliose avait beaucoup augmenté dans les deux dernières années.

Pas de voussure apparente.

Le frémus vocal, très faible au sommet, a totalement disparu dans les $3/4$ inférieurs des deux poumons.

La *percussion* nous donne :

En avant : du skodisme dans le $1/4$ supérieur du poumon droit et de la matité dans le reste de l'étendue.

A gauche. Sonorité normale dans le $1/3$ supérieur.

En arrière. Il existe à droite dans la partie supérieure de la

sonorité, séparée de la matité absolue sous-jacente par une ligne très irrégulière ne ressemblant en aucune façon aux signes fournis par la limite supérieure d'un épanchement pleural.

A *gauche*, on note des signes identiques : cependant la matité est moins étendue, et la ligne de séparation des zones sonore et mate est encore plus irrégulière.

A *l'auscultation*, nous trouvons :

A *droite* au sommet : une respiration rude, soufflante, surtout à l'inspiration, quelques râles humides à la limite inférieure de la zone sonore.

Ces signes existent à la fois en avant et en arrière.

Au *niveau de la matité*. — On arrive, mais seulement à la partie supérieure, à percevoir un murmure vésiculaire très faible.

Du *côté gauche*, au *sommet*, la respiration est rude, mais moins soufflante qu'à droite : le murmure vésiculaire est perçu plus bas, et avec une intensité plus grande.

A ces signes physiques viennent s'ajouter quelques symptômes fonctionnels thoraciques. Ce sont de la *toux* quinteuse, sans expectoration, beaucoup moins fréquente qu'il y a quelque temps ; et des *douleurs* diffuses dans la poitrine avec prédominance cependant du côté droit.

La matité cardiaque paraît très augmentée mais difficile à délimiter : la pointe du cœur est faiblement perçue au niveau du huitième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire.

Il n'y a ni frottement, ni souffles : les bruits sont simplement un peu sourds, le pouls est à 120 environ, la température à 38°3.

Les urines rares sont très colorées : elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Nous n'avons rien à signaler du côté, ni du système nerveux, ni des organes des sens, ni de l'appareil génital.

On pratique presque immédiatement après l'examen une

exploration radioscopique ; elle ne montre que deux sommets très clairs, et deux bases obscures surtout à droite, mais sans rien mieux préciser.

Trois ponctions exploratrices sont faites au niveau du poumon droit.

La première, en avant, dans le 3^e espace intercostal, ne donne que quelques gouttes de sang.

La seconde, dans l'aisselle, à la hauteur du 5^e espace, donne un liquide verdâtre, contenant des grumeaux grasseeux jaunâtres.

La troisième, en arrière, dans le 8^e espace, fournit un liquide analogue. Au microscope, on constate que les grumeaux sont constitués par une substance grasseuse *amorphe*. Il n'y a pas d'éléments cellulaires nets, et l'on trouve quelques cocci et de râles diplobacilles peu colorés.

En présence de ces symptômes et des résultats fournis par les divers examens, le diagnostic est très difficile à poser.

Il oscille entre une pleurésie interlobaire à forme bizarre, et une collection médiastinale, sans qu'on puisse bien en préciser l'origine.

On met la malade en observation, mais comme dans la nuit elle avait failli mourir pendant un accès de suffocation, on la fit transporter dès le lendemain dans le service de notre maître, M. le docteur Walther, et nous l'avons opérée presque aussitôt.

Intervention (par M. NANDROT). — On fait une légère tentative d'anesthésie générale, mais on est forcé d'y renoncer presque immédiatement, la malade ayant eu un accès de suffocation extrêmement violent dès la première bouffée de chloroforme.

Le décubitus horizontal ne pouvant être toléré, on se décide à laisser la malade dans la position assise et à ne faire qu'une anesthésie locale à la cocaïne dans le 8^e espace intercostal.

On incise directement sur la 8^e côte et parallèlement à elle, et rapidement on fait une résection sous périostée d'environ 10 centimètres de cette côte.

On tombe sur la plèvre qui, à part un léger épaississement, nous paraît saine, on ouvre cette séreuse avec de grandes précautions, car la malade est suffocante et s'asphyxierait sûrement, si l'on permettait au pneumothorax de se produire avec rapidité.

L'ouverture de la plèvre, d'abord très petite, est agrandie peu à peu, et l'on aperçoit alors une languette très mince de poulmon grisâtre, jouant librement dans le cul-de-sac pleural.

Sous cette languette on voit une masse très volumineuse de couleur gris blanchâtre, dure, lisse, rappelant absolument le dôme du diaphragme du côté droit, et remontant très haut dans le thorax.

Une ponction au trocart de l'appareil Potain, pratiquée dans cette tumeur, ne donne issue à aucun écoulement, mais en retirant la canule, on ramène quelques petits grumeaux blancs jaunâtres qui avaient obstrué la lumière du tube.

On cherche à se rendre compte des rapports de la volumineuse poche que l'on a sous les yeux.

La masse semble faire corps avec le diaphragme, et elle est animée des mêmes mouvements rythmiques que cet organe ; et l'on est autorisé à se demander, s'il s'agit d'une masse sus ou sous diaphragmatique, car l'exploration complète est impossible.

Quoiqu'il en soit, on incise largement le dôme blanchâtre, cette ouverture donne issue à un flot de liquide séreux mélangé à peu près à parties égales de matière grumeleuse jaunâtre, de consistance pâteuse, ressemblant à du son délayé dans de l'eau.

La pression était telle que le liquide avait jailli à 1 m. 50 du lit d'opération.

On agrandit l'incision, et avec le doigt introduit dans la

poche on retire le plus possible de matière presque solides s'effritant avec une grande facilité, rappelant la matière sébacée.

La quantité extraite atteignait à peu près 3 kilos.

Par suite de la décompression un peu brusque la malade se mit à asphyxier, et il fallut interrompre l'intervention en obturant l'orifice thoracique.

En présence d'une semblable trouvaille, on fit le diagnostic de kyste dermoïde, mais la paroi de la poche ressemblait tellement au diaphragme distendu et aminci, qu'on hésitait à le localiser, au-dessus ou au-dessous de la coupole musculaire.

Avec beaucoup de précaution on pratique l'exploration de la poche, et nous voyons qu'elle s'étend en avant et en dedans, c'est-à-dire de droite à gauche sur une étendue d'environ 25 centimètres.

Son diamètre vertical beaucoup plus petit n'a guère que de 9 à 10 centimètres. D'ailleurs, les dimensions sont très variables suivant le point considéré.

Cette exploration quoique faite avec grande prudence déterminait un réflexe très douloureux qui aggravait la dyspnée, allant même jusqu'à l'apnée.

C'était une indication formelle à finir au plus vite, c'est ce que nous avons fait : A l'aide de compresses montées sur de longues pinces nous avons terminé le nettoyage de la poche, et après avoir introduit deux larges drains dans la cavité, nous nous sommes contentés de rétrécir un peu l'orifice.

Malgré des inhalations d'oxygène, des piqûres d'éther, d'huile camphrée et de caféine, l'état général fut excessivement mauvais pendant 2 heures.

Peu à peu les phénomènes inquiétants disparurent et la malade put reposer un peu dans la position assise pendant la nuit.

Le lendemain on note une légère amélioration : les *mouvements respiratoires* sont beaucoup moins *accélérés* ; le *point de côté* moins *violent*.

La cyanose a diminué.

Le *pouls* est mieux frappé et *moins* rapide. La température est à 38°2.

La parole est encore très saccadée par suite de la brièveté des respirations, et la malade se plaint d'être constamment en sueur.

Le pansement a été complètement traversé par le liquide qui s'écoule de la poche par les drains. C'est le même liquide mêlé de matière sébacée : et l'écoulement en a été si abondant que toute la literie a été inondée et que l'on retrouve un peu partout de la substance grasse.

Nous retirons les drains pour nettoyer de nouveau la poche, et nous en enlevons un définitivement.

Le soir, l'amélioration a continué ; la respiration se fait beaucoup mieux, et la malade repose comme cela ne lui était pas arrivé depuis très longtemps.

Le surlendemain. — La température est descendue à 37°4.

La cyanose a disparu en grande partie.

La malade parle sans difficulté, et commence à s'alimenter sans trop de difficulté.

Le pouls est assez bien frappé et a 90 pulsations.

2° *pansement*. — La plèvre est presque complètement fermée grâce à la pression du gros drain.

Il ne persiste plus qu'un tout petit pertuis. La poche s'est considérablement rétractée et elle a donné issue dans les 24 heures à une très grande quantité de matière sébacée.

L'examen du thorax est difficile à pratiquer à cause de la plaie ; cependant on constate que :

Le murmure vésiculaire n'a pas réapparu dans la partie inférieure du poumon droit, et que la matité a persisté presque complètement des deux côtés de la poitrine, comme avant l'intervention.

L'euphorie dans laquelle se trouvait la malade se modifia

assez brusquement à partir de 4 heures de l'après-midi, sans cause apparente.

La dyspnée, faible le matin, devint progressivement croissante ; la cyanose redevint intense comme deux jours auparavant.

La petitesse et la rapidité du pouls réapparurent, les extrémités se refroidirent, et après plusieurs heures d'une angoisse inexprimable, la malade mourut le samedi matin 27 octobre à six heures.

Autopsie. — Elle fut faite le dimanche matin et nous procura une grande surprise. Après l'ablation du plastron sternocostal en effet, on voit que les deux poumons sont réduits à l'état de véritables moignons et refoulés à la partie supérieure du thorax, par une énorme masse multiloculaire qui a également refoulé le cœur complètement à gauche et vers le diaphragme.

Cette tumeur qui paraît à cheval sur la face antérieure de la trachée et de sa bifurcation est de couleur blanc grisâtre.

Elle présente des poches multiples :

Beaucoup communiquent entre elles.

Certaines contenaient du liquide louche, verdâtre, d'aspect puriforme.

Deux, à parois très minces, renfermaient un liquide d'aspect spermatique.

La plupart des grandes poches, parmi lesquelles la poche inférieure et droite, ouverte lors de la thoracotomie, renfermait un mélange de matière sébacée, et de liquide verdâtre, contenant ou non des poils.

Enfin, la poche antéro-supérieure, de beaucoup la plus intéressante, renferme de la matière sébacée très dense, des poils en grande quantité, des noyaux cartilagineux, des plaques osseuses et des nodules graisseux.

Certaines des poches ont un aspect lisse, d'autres un aspect mamelonné et rugueux.

L'épaisseur de la paroi est extrêmement variable allant de 3 à 12 mm. et plus.

La tumeur dans son ensemble était énorme. Si l'on ajoute les 3 kilos de matière sébacée évacuée lors de mon intervention, au poids du contenant et contenu trouvé à l'autopsie, nous arrivons au chiffre formidable de 11 kilos. Ainsi nous étions intervenus pour un très volumineux kyste dermoïde du médiastin antérieur. Nous n'avions ouvert qu'une poche alors que nous pensions avoir évacué la totalité du contenu du kyste.

L'état précaire de notre malade nous avait empêché de nous rendre compte et de la situation exacte de la tumeur et de la multiplicité de ses loges.

L'extirpation du néoplasme aurait été certainement impossible, mais peut-être aurions-nous pu arriver à vider de leur contenu les poches que nous n'avions pas atteint dans notre première intervention.

Il aurait fallu faire une énorme brèche thoracique pour arriver à ce résultat, mais aujourd'hui c'est chose assez commune, à condition, bien entendu, que le sujet soit assez résistant.

Ce sont là d'ailleurs des considérations que nous nous proposons d'étudier un peu plus loin dans ce travail.

Pour le moment revenons à notre tumeur dont nous allons examiner de plus près la configuration extérieure.

Dès que la pièce fut enlevée, on la fit macérer dans une solution assez concentrée de formol pour la disséquer à notre aise les jours suivants.

Examen macroscopique de la pièce. — L'extrémité supérieure du kyste, qui d'ailleurs est extrêmement élargie, remonte jusqu'au niveau du dôme pulmonaire un peu plus haut à droite qu'à gauche.

Le grand axe de la tumeur est à peu près orienté comme celui du cœur, de haut en bas et de droite à gauche.

Au dessus du néoplasme on voit diverger les gros troncs artériels sous clavières et carotides.

Par ses parties latérales, le kyste adhère à la face interne des deux poumons en avant du hile ; mais, ces adhérences sont presque uniquement celluleuses à gauche ; elles sont plus solides à droite ; cependant on arrive à les détruire assez facilement, et l'on se rend compte qu'elles n'auraient pas été un obstacle sérieux à l'extirpation de la tumeur sur le vivant.

Du côté *gauche* il y a une adhérence presque intime avec le péricarde, et d'ailleurs il existait un épanchement péricardique assez abondant.

Cette adhérence est telle qu'il eût été bien difficile, pour ne pas dire impossible d'extirper le néoplasme sans enlever toute la paroi antérieure de la séreuse péricardique (1).

En *bas* adhérences avec le diaphragme, mais adhérences celluleuses, la poche s'en séparant facilement, quoique du côté droit, au premier abord il semblait y avoir fusion : ce qui explique notre embarras lors de l'intervention.

En arrière, il n'y a pas d'adhérences à la trachée, à proprement parler ; pas d'adhérences avec l'aorte, ou du moins pas de compression du vaisseau par la tumeur.

Le pédicule pulmonaire, par contre, est englobé par le néoplasme et les grosses bronches semblent considérablement affaissées sur elles-mêmes.

Au pourtour du pédicule, il existe de nombreux ganglions médiastinaux, ils sont volumineux et noirâtres.

Les organes du médiastin postérieur n'ont aucune connexion avec la tumeur ; les pneumogastriques seuls ont été légèrement comprimés avant d'appartenir à cette région.

Dans le 1/4 supérieur de la face postérieure il y a des rapports vasculaires importants à noter.

Le kyste, en effet, comprime très fortement les gros vais-

1. Voir les planches I et II.

saux veineux tels que veine cave supérieure, et tronc veineux brachio-céphalique gauche : nous avons d'ailleurs vu dans l'observation, que les veines jugulaires étaient considérablement distendues.

Les artères : carotide et sous clavière gauche d'une part, le tronc artériel brachio-céphalique ne sont pas comprimés ; il y a seulement adhérences légères entre la gaine de ces vaisseaux et la face postérieure du kyste.

Enfin, au niveau de l'extrémité supérieure de la tumeur, extrémité renflée en dôme, nous voyons un organe grisâtre, d'aspect mi-grassey et mi-glandulaire, remontant jusqu'à l'extrémité inférieure du cou, adhérent assez intimement à la poche et qui nous paraît être du thymus. Cette hypothèse a été vérifiée par le microscope (1) et reconnue exacte.

ASPECT DU NÉOPLASME APRÈS OUVERTURE

L'aspect du kyste est différent suivant la portion considérée.

En allant de droite à gauche et de bas en haut, on trouve d'abord une grande cavité dont l'épaisseur des parois ne dépasse pas 3 mm. ; c'est celle que nous avons ouverte ; elle contenait environ 3 kilos de matière sébacée.

Au-dessus, 2^e poche plus petite, mais à paroi beaucoup plus résistante : paroi conjonctive, fibreuse, cartilagineuse, osseuse.

La poche contient une grande quantité de matière sébacée, au milieu de laquelle est implantée une touffe de poils longs, noirs et fins (2).

Au-dessus il existe une 3^e poche n'offrant rien de particulier.

La *partie moyenne* de la tumeur est constituée par une

1. Voir planche n. 3.

2. Cette touffe ne se voit malheureusement pas sur les figures.

masse épaisse d'environ 7 centimètres s'étendant sur tout le diamètre vertical de la pièce et présentant des parties très différentes d'aspect :

Si l'on fait une coupe, on trouve dans l'épaisseur, de la graisse, des poils, du tissu brunâtre, qu'on ne sait tout d'abord à quoi rattacher, et cette masse qui paraît solide est creusée de géodes d'autant plus petites que l'on descend plus bas.

Après avoir traversé cette couche très épaisse, on tombe dans une poche, extrêmement volumineuse, contenant des quantités considérables de matière sébacée. Elle va jusqu'à la face antérieure du péricarde refoulé en arrière et en bas.

Cette poche kystique est surmontée d'un certain nombre d'autres plus petites avec lesquelles elle communique.

A gauche, nous trouvons enfin, un kyste énorme, étendu depuis le diaphragme jusqu'au $1/4$ supérieur du poumon, ressemblant à la première poche décrite, par son extérieur et son contenu, mais beaucoup plus grande.

Elle contenait 4 à 5 kilos de matière grasseuse.

Immédiatement au-dessus d'elle nous avons trouvé une petite masse arrondie, de consistance molle, grisâtre à la coupe et l'examen histologique nous a montré que là encore il s'agit d'une portion de thymus.

En résumé, d'une façon tout à fait schématique, le kyste se compose de trois parties.

L'une, *moyenne*, forme une sorte de colonne assez résistante et très épaisse, représentant le diamètre vertical du néoplasme : elle est constituée par tous les éléments qu'on rencontre habituellement dans un kyste dermoïde :

Tissu conjonctif,
Tissu musculaire,
Os,
Cartilage,
Matière sébacée,
Poils.

le tout revêtu à l'intérieur d'un tégument rappelant l'aspect de la peau.

A droite et à gauche de cette colonne médiane, une *poche kystique* considérable à *paroi cutané-conjonctive*, et, communiquant avec ces deux poches principales un certain nombre de logettes contenant également de la matière sébacée, des poils et de l'os.

Nous avons prélevé de nombreux fragments de la pièce, et nous les avons débités en coupes.

Grâce à l'obligeance de notre collègue et ami M. le docteur Beaujard, plus de 80 de ces coupes ont été examinées avec soin.

Nous rapportons le résultat de l'examen histologique des plus intéressantes figurées d'ailleurs dans nos planches.

Examen histologique. — Sur la préparation figurée dans la planche n° 3 nous voyons de la périphérie au centre.

1° Une couche d'épithélium malpighien.

2° Un chorion fortement fibreux contenant des glandes sébacées, et des glandes sudoripares.

3° Une couche de fibres musculaires lisses.

4° Une couche osseuse formée de travées et de canaux de Havers parallèles à la surface libre avec ostéoblastes.

5° Enfin au milieu de la moelle osseuse qui nous offre à considérer entre autres cellules, un certain nombre de mégacaryocytes. Quelques autres préparations reproduisent à peu près cet aspect avec quelques légères modifications; cependant c'est ainsi que sur l'une d'elles nous trouvons également un épithélium malpighien très net, avec un chorion à fibres conjonctives serrées et des glandes sébacées tout à fait typiques et en très grande quantité, puis au-dessous ce sont des fibres musculaires lisses, du tissu conjonctif lâche contenant des vaisseaux en assez grande abondance, du tissu cellulaire, et enfin un noyau cartilagineux avec périchondre.

A la périphérie se trouvent des cellules cartilagineuses peti-

tes, disposées en stries ; au centre, des chondroblastes plus larges.

Deux autres variétés de coupes tirent leur intérêt de la variété d'épithélium qu'elles possèdent.

Sur l'une nous rencontrons :

Une couche de tissu cellulaire avec de nombreux vaisseaux. Du tissu conjonctif serré très richement vascularisé avec des amas lymphoïdes autour des vaisseaux.

Des fibres musculaires lisses, et enfin une couche lymphoïde, peu riche en cellules, surmontée d'un épithélium cubique.

Sur l'autre, se montrent toujours du tissu conjonctif à la périphérie avec un îlot cartilagineux en voie de formation dans un point, puis du tissu reticulé en amas, bien limité par une couche conjonctive circulaire et contenant dans ses mailles un assez petit nombre de lymphocytes, une couche extrêmement riche en fibres musculaires lisses, et surmontant le tout un *Epithélium formé de cellules cylindriques* assez élevé, bien régulier, sans cils vibratils apparents.

Dans une autre coupe, faite dans la partie supérieure du néoplasme, nous avons rencontré des fibres musculaires striées en assez faible abondance, il est vrai.

Mais le principal intérêt de nos préparations, nous a été fourni par la dernière série qu'il nous reste à envisager. Sur l'une d'elles en effet (1) semblant intéresser tangentiellement un organe lymphoïde, nous trouvons du tissu cellulaire lache au milieu duquel se montrent un certain nombre de *corpuscules de Hassal*, nous permettant d'affirmer que nous sommes en présence d'une portion de Thymus.

Nous les avons retrouvés en moins grand nombre sur d'autres préparations, au milieu de tissu lymphoïde rappelant tout à fait la disposition de l'organe précédemment nommé.

1. Voir planche n° 3.

Les lymphocytes remplissent les mailles formées par un fin réticulum conjonctif, et le long de ces petites travées se disposent des veinules remplies de sang et très dilatées. Aux lymphocytes s'ajoutent des cellules granuleuses et des cellules géantes à noyaux multiples..

En résumé, la tumeur que nous étudions est extrêmement complexe, car en dehors de la structure de la peau absolument caractéristique, du tissu osseux, cartilagineux et musculaire, elle nous offre un épithélium polymorphe : Pavimenteux en certains endroits, il est cubique en d'autres, et cylindrique élevé dans quelques zones.

D'autre part, l'aspect du thymus avec ses éléments essentiels se montre en divers endroits.

C'est ce point surtout qui mérite d'attirer notre attention pour plusieurs motifs. Dans les observations qui suivent en effet, on verra un certain nombre d'auteurs prétendre avoir rencontré du thymus dans leurs kystes dermoïdes, mais à part 3 ou 4 cas, les corpuscules de Hassal n'ont pas été retrouvés, il était par suite impossible d'affirmer l'existence de cet organe.

D'autre part, le tissu glandulaire dont nous parlons n'existait pas seulement à la partie tout à fait supérieure de notre tumeur médiastinale.

Nous l'avons découvert non seulement en haut, mais aussi en 2 autres points du kyste, comme si quelques lobules erratiques avaient contribué au développement du néoplasme.

Nous nous permettons d'ailleurs de revenir sur cette question en étudiant la pathogénie de ces kystes dermoïdes.

J'ai recherché avec le plus grand soin dans la littérature médicale les cas se rapprochant du mien. Je n'ai pas la prétention d'avoir réussi à les découvrir tous ; cependant comme dans ces derniers temps, un certain nombre de travaux assez documentés, parus soit en Allemagne, soit en Amérique, soit en Russie se sont occupés de semblables tumeurs, nous pou-

vons penser rapporter la presque totalité des cas publiés.

Un certain nombre d'observations sont données *in extenso* ; nous en avons résumé quelques-unes ; enfin assez fréquemment nous avons dû nous contenter d'un abrégé très court, l'original étant trop difficile à découvrir.

Le total des observations mentionnées dans ce travail se monte à 57, mais nous en défalquons beaucoup, pour ne conserver que les véritables kystes dermoïdes du médiastin antérieur. Quelques auteurs, en effet, ont décrit sous ce nom des kystes dermoïdes du poumon, nous les mettrons à part.

Autant que possible, nous grouperons nos observations par ordre chronologique pour mieux montrer à partir de quelle époque à peu près on a tenté d'intervenir chirurgicalement sur ces tumeurs.

OBSERVATIONS ANTERIEURES

Observation 1. — GORDON. — *Cas de tumeur du médiastin antérieur, contenant des os et des dents. Medico-chirurgical transactions* vol. XIII, p. 12, 1825 (in Ekehorn). — M. C., femme, âgée de 21 ans, bien constituée fut admise au dispensaire d'Islington le 17 juin 1822, avec les signes habituels d'une pneumonie.

Une toux irritante persista, elle était convulsive et suffocante ; elle s'accompagnait d'une expectoration d'abord muqueuse, puis purulente.

Le point de côté réapparaît, et le pouls remonte à 120.

Jusque-là, la santé avait été bonne, et la malade n'était pas amaigrie.

Deux mois, environ, après l'admission une petite tumeur ronde se voyait, au-dessous de l'extrémité sternale de la clavicule gauche, de la grosseur d'un pois. Pendant 8 semaines, la tumeur augmenta rapidement et s'éleva au-dessus de la clavicule, puis retrecéda quelque peu.

La malade était toujours dyspnéique, et le simple fait de se mettre au lit provoquait toujours de la toux.

La tumeur resta stationnaire pendant quelque temps et il y eut quelque amélioration dans l'état de santé.

Au printemps de 1823, la tumeur s'étendit graduellement par dessus la trachée, provoquant une grande irritation et une suffocation menaçante.

Le 25 juin 1823, la tumeur s'ouvrit et donna issue à du liquide séreux.

L'examen avec la sonde montra que c'était un petit sac superficiel.

Le 12 *septembre* il n'y avait plus aucune trace de la tumeur.

La malade quitta l'hôpital et reprit son travail.

Le 12 *octobre*, elle fut admise de nouveau, avec fièvre et oppression sans aucune maladie locale.

Elle mourut le 20 octobre.

Autopsie. — Tumeur du médiastin antérieur étroitement attachée aux 2/3 supérieur du sternum et à l'extrémité sternale de la clavicule droite.

Liquide dans la plèvre gauche qui n'a pas d'adhérence.

La plèvre droite était enveloppée par du tissu cellulaire épais qui unissait la tumeur aux parties environnantes

Le contenu de la tumeur était : liquide séreux, matière sébacée, mêlée de cheveux, et à la base une masse d'apparence graisseuse que la coupe révéla être de l'os.

Dans un examen plus attentif, on découvrit un os ressemblant de bien près au maxillaire supérieur : il existait des alvéoles pouvant appartenir au maxillaire supérieur ou inférieur et sept dents : deux incisives, deux canines et trois molaires.

Observation 2. — MUNZ. 1839. — *Albers pathologische Anatomie. Erläuterungen, Abtheilung III*, p. 342. Born (1833-1846) (in Ekehorn). — M. V., femme, âgée de 28 ans. Débile pendant sa jeunesse. Corps cependant bien développé.

Pendant ses premières années, elle souffrit souvent d'affections catharrales, et pendant sa quinzième année, elle remarqua qu'elle crachait fréquemment des cheveux avec du mucus après une très forte toux.

A partir de sa vingtième année les affections catharrales qui augmentaient surtout pendant les hivers en gravité et en durée devinrent consomptives.

En 1838, elle entra à l'hôpital. Continua à tousser et expectora un mucus puriforme, de mauvaise odeur, contenant fréquemment des cheveux séparés ou en paquets.

Après plusieurs semaines, l'expectoration purulente, sale, les phénomènes hydropiques, et la fièvre hectique augmentèrent, tandis que le réjet des cheveux diminuait.

Une diarrhée rebelle s'établit, et la malade épuisée et dyspnéique mourut le 12 mars 1839.

Autopsie. — Le lobe inférieur du poumon droit, condensé en certaines parties, présentait dans d'autres des noyaux tuberculeux ramollis.

Le poumon gauche dans sa partie périphérique avait une apparence tuberculeuse, mais il n'y avait aucune caverne.

Sur la face interne de cet organe il y avait une tumeur composée de deux kystes communiquant; le supérieur, le plus petit, communiquait avec la bronche gauche.

La paroi du kyste ressemblait à la fois à la peau et à la membrane muqueuse.

Sur la face interne se trouvaient implantés des cheveux dont la couleur variait du brun au rouge; et quelques-uns étaient plus clairs que les cheveux de la tête.

Le kyste était rempli d'un liquide graisseux puriforme, contenant de nombreux cheveux.

Observation 3. — BUCHNER. — *Ein seltener Sectionsbefund Deutsche Klinik.* Bd. v., p. 311, 1853, in Ekehorn, Dangschat, Morris. — C. E., femme, âgée de 36 ans, entra à la clinique (de Tübingen) le 3 juin 1853. D'après les dires d'un parent, elle s'était plainte de douleurs dans la poitrine, de toux et de dyspnée pendant 9 mois.

Pneumonie en février 1853 qui la laissa avec une toux augmentée et une expectoration blanchâtre.

Cinq mois après son admission, elle eut brusquement une hémoptysie et rendit environ $\frac{3}{4}$ de pinte de sang noir.

Depuis cette époque, la malade expectore continuellement du sang après la toux.

Etat actuel. — Environ 6 à 8 onces de crachats sanglants sont rendus dans les 24 heures.

Vomissements fréquents de matière mêlée avec du sang.

Frissons également fréquents.

Le pouls est mou et à 120.

Examen de la poitrine. — Le côté droit de la deuxième à la quatrième côte bombe légèrement, et dans son ensemble ce côté subit une amplification respiratoire moindre que la gauche.

Il y a à droite une très faible élévation et un affaissement de la proéminence, synchrones avec les mouvements du cœur.

Ce phénomène est plus évident à la palpation.

La percussion donne une matité complète du côté droit du thorax ; en avant, elle commence au bord inférieur de la deuxième côte pour aller jusqu'au diaphragme.

Vers la gauche cette matité finit brusquement le long de la ligne médiane du sternum.

A droite au contraire elle se continue graduellement avec la zone sonore située en arrière.

En arrière, le côté droit résonne bien. Le côté gauche est sonore dans toute son étendue, aussi bien en arrière qu'en avant.

L'auscultation donne une respiration bronchique et des râles ronflants dans tout le côté droit du thorax en avant. Dans la région du mamelon droit un léger souffle systolique peut être entendu.

En arrière du côté droit, murmure vésiculaire augmenté : cette augmentation existe dans toute l'étendue du poumon gauche.

Cœur normal.

Mort 8 jours après l'admission.

Deux ou trois jours avant la mort, on constata un souffle bronchique et de la matité au niveau du lobe inférieur droit, avec augmentation simultanée de la fièvre, et suppression de l'expectoration sanglante.

Autopsie. — Rien dans le poumon gauche.

Le poumon droit, après ablation du sternum, n'est pas visible et à sa place se trouve une tumeur blanc jaunâtre, qui partant de la 2^e côte, atteint en bas le diaphragme et franchit à gauche la ligne médiane.

Le péricarde adhère à la tumeur à droite.

Cette tumeur, grosse comme une tête d'enfant, est kystique et adhère à la paroi antérieure de la poitrine.

On trouve à l'intérieur, de l'os, du cartilage, des cheveux, etc.

Le kyste est grossièrement divisé en deux parties.

La paroi de la plus grande est couverte de caillots de sang et communique directement avec la partie ascendante de l'aorte, juste au dessus des valvules semi lunaires, tandis que le sac inférieur a perforé le lobe inférieur du poumon, l'ouverture était de la grandeur du petit doigt.

L'hémophysie était due à la communication du kyste avec le poumon, on ne trouvait aucun cristal de cholestérine.

Observation 4. — LEBERT. — *Beobachtungen und klinische Bemerkungen über dermoidecysten. Vierteljahrschrift für die zurich praktische Heilkunde.* Bd. LX, p. 25 1858, in Ekehorn-Dangschat. — H., homme, âgé de 60 ans, chapelier, fut admis à l'hôpital de Turiet le 17 décembre 1853.

Il avait de la dyspnée d'effort depuis l'âge de 46 ans. Il toussait de temps en temps.

Dans les quelques dernières années, il avait une dyspnée constante et une toux fréquente surtout pendant l'hiver, sans qu'on pût invoquer une cause réelle.

Au début de l'automne, rhume très grave, après lequel il eut des frissons, de la fièvre, de la toux, de l'expectoration et une dyspnée considérable.

Plusieurs jours après cette exacerbation, expectoration copieuse, teintée de sang.

Lors de son admission, le malade était peu amaigri.

Cyanose des lèvres et des joues. Thorax large ; espaces intercostaux distendus ainsi que les fosses sus-claviculaires, surtout la gauche.

Percussion en avant. — Tympanisme. Pas de matité cardiaque.

Auscultation. — Respiration faible en avant et en arrière.

Râles crépitants en avant en certains points.

Râles muqueux en arrière, des deux côtés, en bas.

Toux fréquente et pénible.

Expectoration n'est pas sanglante.

Veines du cou turgescents.

Extrémités inférieures légèrement œdématisées.

Orthopnée nocturne.

Le 5 janvier 1854, la dyspnée atteignit une violence considérable.

Collapsus et mort le soir.

Autopsie. — Emphysème considérable des deux poumons. Entre ces deux organes, et par dessus le cœur se trouvait une grosse tumeur nodulaire qui adhérait lâchement au péricarde.

La masse avait 7 centimètres de long et de large, et 4 cm. 5 d'épaisseur.

A l'ouverture de cette tumeur, il s'échappa une pulpe jaune pâle.

Cette tumeur comprenait une large cavité avec de plus petits kystes communiquant avec elle.

Sur la face interne du kyste se trouvaient des excroissances polypoïdes formées de cartilage.

A certains endroits, cette surface était revêtue d'épithélium pavimenteux, à d'autres d'épithélium cylindrique.

Il n'y avait pas de cheveux.

Le foie était refoulé vers en bas, sans augmentation de volume.

Observation 5. — Cordes. — *Dermocystoid in mediastinum anticum* (Virchows. *Archiv.* Bd. XVI, p. 290, 1859), in Morris. — J., 26 ans, fusilier.

Sauf des crises d'asthme de temps en temps, il avait toujours été bien portant jusqu'à ce jour.

Le 25 août 1859, il tomba brusquement malade avec une céphalée violente, de la fièvre, une douleur intense dans la région lombaire.

Il y a du collapsus, avec un pouls petit, intermittent et de la dyspnée.

Examen. — La nutrition est assez bonne.

Le malade se plaint de dyspnée et de douleur dans les régions stomacale et rétro-sternale. Température normale, pouls fréquent, inégal, 48 respirations par minute, elles sont peu profondes.

Vomissements, fréquents et copieux.

La matité cardiaque, en forme de petit quadrilatère de trois pouces carrés, s'étend sous le sternum.

Les bruits du cœur sont faibles mais nets. On fait le diagnostic de catharre aigu de l'estomac et de péricardite avec épanchement.

En peu de jours les symptômes devinrent moins graves.

Le 3 septembre, le malade se plaignit de toux ; il eut une expectoration peu abondante, claire, glaireuse, adhérente.

L'auscultation et la percussion des poumons ne donnèrent rien.

L'épanchement péricardique augmenta graduellement pendant les quelques jours qui suivirent avec *dyspnée* et œdème progressif des membres inférieurs. Jusqu'à la mort survenue le 16 octobre, les symptômes mentionnés augmentèrent graduellement.

La toux devint très rude, tandis que les mouvements respiratoires devenaient moins nombreux.

Les crachats étaient tachés de sang frais, très adhérents, légèrement spermeux : le malade expectorait environ deux onces par 24 heures.

Autopsie. — Péricarde largement distendu avec compression des poumons. Il contenait un liquide vert, modérément clair, sur lequel flottait une quantité considérable de flocons jaunes.

Ces derniers étaient graisseux et se montraient identiques au contenu de la tumeur qu'on décrira ci-dessous.

Dans le médiastin antérieur on trouvait une tumeur grosse comme le poing d'un homme, reposant sur l'aorte ascendante, la crosse de l'aorte, une partie de l'aorte descendante et sur la bifurcation de la trachée.

En bas, elle atteignait la base du péricarde ; à gauche, le milieu du poumon gauche, à droite le péricarde.

Elle était entamée par un sac qui adhérait au péricarde et au tissu cellulaire entamant les gros vaisseaux et la trachée.

Ce sac contenait une substance graisseuse, jaune soufre qui comprenait des cheveux, et à l'examen microscopique, de l'épithélium pavimenteux, et des cellules cartilagineuses rondes.

De petits cheveux étaient implantés sur la paroi interne du kyste.

De la partie supérieure gauche du sac partait un prolongement d'environ deux pouces $1/2$ de long et $3/4$ de pouce de large ayant un contenu semblable à celui du kyste principal : il communiquait avec le péricarde.

On ne trouvait pas de liquide péricardique dans la tumeur ; le kyste mesurait 10 centimètres de long, et 5 de large.

Des glandes sébacées, des follicules pileux et de l'os étaient aussi dans la paroi.

Observation 6. — COLLEBERG (*Zur Entwicklung der Dermoid kysten*) (*Inaug. Dissert.* Breslau, 1869) in MORRIS (Rapporté aussi par WALDEYER (*Dermoid kystem des vorderen mediastinalraumes. Archiv. fur klinische. Chirurgie* Bd. XII, p. 843 (1871)). — A. M., homme, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital le 28 décembre 1867 avec les signes d'une pleuro-pneumonie de la base du poumon droit.

Il était très cyanosé et dyspnéique.

Température élevée, pouls petit, irrégulier, intermittent.

Faiblesse générale considérable.

Mort 10 heures après l'admission avec les signes d'œdème du poumon.

Autopsie (Waldeyer). — Cadavre grand et bien musclé. Quand on eut enlevé le sternum, une tumeur fluctuante, un peu plus grosse qu'une tête d'enfant, se présenta dans la moitié inférieure droite du thorax. Elle semblait calcifiée par places, et adhérait lâchement à la paroi thoracique antérieure.

La tumeur s'élevait au-dessus de la sixième côte, et reposait sur le diaphragme.

La pointe du cœur est dans la sixième espace, presque sur la ligne axillaire antérieure.

Le poumon droit est refoulé en arrière par la tumeur.

Elle est entourée par la plèvre, et est unie au lobe droit du corps thyroïde par une bande étroite constituée : 1° par une branche de l'artère thyroïdienne inférieure et de deux veines, également tributaires de la veine thyroïdienne inférieure.

2° Par un cordon étroit de tissu glandulaire.

3° Par le muscle sterno-thyroïdien droit et par du tissu graisseux.

La masse de la tumeur est kystique, le contenu mi-solide, mi-liquide.

Cette dernière partie n'est qu'une simple inclusion de graisse contenant des follicules solides formées de cellules pavimenteuses et de débris cellulaires.

Des cheveux, en général isolés, se voient aussi.

Microscopiquement la paroi renferme du tissu conjonctif et de l'épithélium pavimenteux stratifié avec des glandes sébacées.

Observation 7. — VILLARD, 1869 (cité par Dardignac). — Femme âgée de 55 ans : entra à l'hôpital St-Antoine le 9 octobre 1869, et mourut peu de jours après.

L'autopsie révéla une tumeur de la grosseur d'une noix volumineuse, placée entre les feuillets pleuraux à droite.

Elle reposait sur le diaphragme et adhérait à la paroi thoracique, et à la base du poumon droit.

C'était un kyste.

La paroi en était calcifiée sans traces de glandes.

La face interne était couverte par des couches d'épithélium corné.

Dans le kyste, on trouvait une substance molle et friable formée de graisse et de cristaux de cholestérine, de nombreuses petites gouttes de graisse, de quelques cellules rouges, du sang et d'une substance ressemblant à de l'épithélium pavimenteux altéré. Pas de cheveux.

Observation 8. — PÖHN. — *Dermoïdcysten des mediastinum anticum Inaug. Diss.* Berlin, 1871 (in Morris et Dangschat. — B., homme, âgé de 34 ans. Bien portant jusqu'à l'été de 1866, date à laquelle il commença à avoir de fortes douleurs lancinantes dans l'épaule droite et la partie supérieure du bras.

Ces douleurs diminuèrent graduellement d'intensité, mais réapparurent dans l'été de 1867 avec exacerbation.

Les deux années qui suivirent, le malade fut bien portant, puis les douleurs réapparurent, il y eut en outre de la douleur à la pression au-dessus de l'*articulation sterno-claviculaire droite*.

Bientôt une tumeur pulsatile se développa dans cette région.

Dans les années suivantes, elle augmenta d'une façon lente mais progressive et les douleurs dans le bras droit persistèrent, en s'accompagnant de symptômes paralytiques.

L'état général resta bon malgré tout cela, et le malade ne fit aucune modification à son genre de vie.

En 1870, on nota de la douleur dans la région sterno-claviculaire gauche, avec de la parésie du bras gauche.

Une tumeur pulsatile se développa également dans cette région.

La tumeur du côté gauche commença à croître rapidement, spécialement vers le bas, en mars 1871.

Des douleurs névralgiques intenses et des signes de parésie plus marquée apparurent dans le bras gauche.

Il n'y avait aucun signe de compression.

Le malade resta dans cet état jusqu'au milieu de juillet, époque à laquelle il fut admis à la clinique de Langenbeck à Berlin.

Examen le 14 juillet 1871. — Etat général bon.

Le cou présente deux tumeurs dont la surface est lisse; la peau est

mobile au-dessus de la droite ; un peu plus minée, rougeâtre et adhérente au niveau de la gauche.

Le thorax est symétrique ; l'expansion égale des deux côtés ; la pointe du cœur est dans le sixième espace juste en dehors de la ligne mamelonnaire.

Dans les deux tumeurs il y a des pulsations synchrones avec le pouls radial : des ondes de fluctuation portent d'une tumeur dans l'autre. — La matité cardiaque est située entre la ligne para-sternale gauche et la ligne *mamelonnaire*. Bruits du cœur normaux.

L'auscultation des deux tumeurs est négative. On fait le diagnostic de kyste, sans préciser.

Le 14 juillet, on ponctionna avec un trocart qui donna quelques gouttes de pus. On fit alors une incision qui évacua d'abord du pus, puis une masse épaisse, grasseuse, contenant de nombreux cheveux bouclés, longs et courts.

Sous le microscope le contenu se révéla comme étant constitué par de la graisse à l'état amorphe et en gouttelettes, un petit nombre de cristaux de cholestérine et des morceaux d'épiderme (après action de l'alcali).

Observation 8. — VIRCHOW. — *Seltenere Beobachtungen : II. Teratoma myomatades mediastin* (*Virchow's Archiv*. Bd. LIII, p. 444, in Dangschat-Morris), 1871. — E. K., artilleur, âgé de 22 ans, fut admis à l'hôpital le 6 avril 1870.

L'état général était excellent.

Pendant quelques semaines le malade s'était plaint de frissons fréquents le soir, de dyspnée, de douleurs en coup de poignard à la partie antérieure droite du thorax et près de l'omoplate droite.

Il se plaignait en outre de toux légère et d'expectoration muqueuse.

Etat actuel. — Expansion thoracique un peu diminuée à droite.

Thorax symétrique.

La percussion donne une matité absolue à droite, partant du bord inférieur de la troisième côte, allant rejoindre la matité hépatique, et à gauche celle du cœur.

Le bord supérieur de la matité part obliquement de la troisième côte, et se dirige en bas, en arrière et en dehors, vers l'angle inférieur de l'omoplate.

Au niveau de la matité, il n'y a aucun bruit respiratoire : en arrière, au-dessus de la matité le murmure vésiculaire est rude.

Trémitus vocal manque à droite, en avant et en arrière.

L'examen du poumon gauche et du cœur est négatif.

Le bord inférieur du foie dépasse le rebord costal sur la ligne mamelonnaire de deux travers de doigt.

Température normale, pouls légèrement accéléré.

Dyspnée. Sensation d'oppression.

La douleur augmenta pendant que la maladie progressait. Pendant le mois de mai, une tumeur se développa à l'extrémité de la troisième côte, et atteignit le volume d'un petit poing.

L'aire de matité, à droite, augmenta graduellement et le côté droit de la poitrine devint plus large.

Le 27 mai, apparition d'un œdème dans l'aisselle droite, œdème qui bientôt s'étendit sur tout le côté droit et sur tout l'abdomen. *Pas de fluctuation.*

La mort eut lieu le 14 juin après une maladie d'environ 2 mois.

Autopsie. — Emanation marquée du cadavre.

Sur la troisième côte gauche, tumeur élastique. La masse est formée d'un tissu lâche et contient des caillots de sang.

En ouvrant le thorax, on trouve une très grosse tumeur à la place de l'épanchement attendu ; il occupe la plus grande partie de la moitié droite du thorax, s'étendant même à gauche de la ligne médiane.

La tumeur adhère au lobe inférieur droit, au péricarde, aux gros troncs artériels et veineux, elle est plutôt calculée.

A l'intérieur de la masse, on trouve plusieurs kystes, dont le contenu est variable : cheveux, morceaux d'épiderme, plaques de cholestérine et gouttelettes de graisse ; par endroit du muscle strié et du cartilage.

Quelques parties de la paroi présentent l'apparence du sarcome, d'autres celle du carcinome ; on retrouve le même aspect dans la tumeur annexée à la troisième côte.

La face présentait plusieurs nodules durs à sa surface et dans sa substance.

Rate augmentée de volume. Plusieurs kystes à sa surface ; les

plus grands étaient de la grosseur d'une noix avec du liquide sanglant comme contenu.

Observation 10. — KUCKMANN. — *Anlegung einer kunstlicher egstenfistel zur Heilung einer Hassbalggeschwulst im Mediastinum* (Inaug. Dissert., Marbourg, 1874). Cité par Ekehorn Dangschat et Morris. — Homme âgé de 33 ans qui jusqu'à 29 ans eut une excellente santé.

En mars 1872 il eut des douleurs dans l'épaule gauche.

Bientôt il remarqua qu'une tumeur qui croissait lentement, mais régulièrement, se développait à la face antérieure du cou, du côté gauche.

Lors de son admission à la clinique de Marbourg, la masse avait la grosseur d'un œuf d'oie, repoussait l'extrémité sternale de la clavicule en avant et donnait de la fluctuation. *Dyspnée marquée.*

Une ponction exploratrice donna un liquide jaune brun avec de petites particules de graisse et de l'épithélium pavimenteux. On fit le diagnostic de kyste dermoïde. Par l'incision, un liquide purulent fut évacué : il contenait des cheveux séparés et en touffes, le doigt pouvait être enfoncé à travers l'ouverture jusqu'à la deuxième côte sous le sternum.

Le drainage fut maintenu.

Peu de temps après, le malade eut deux attaques de pneumonie, pendant lesquelles il expectora une grande quantité de crachats d'odeur fétide et renfermant des cheveux.

Le drainage étant insuffisant on fit à travers le sternum une ouverture de 2 à 3 centimètres.

L'état du patient fut grandement amélioré ; l'expectoration diminua ; l'odeur putride fit de même et il sortit de la clinique. Il revint en février et nous dit que pendant 4 mois il avait été tout à fait bien, il n'y avait plus de toux. L'examen avec une sonde montra que le sac était en réalité beaucoup plus petit et très mobile ; mais le fait que la partie contractée du kyste paraissait avoir un prolongement à droite et en bas et qu'on ne pouvait pas exactement établir sans une observation plus longue, si la communication n'existait plus avec la bronche, ou si l'ouverture n'était fermée que par un mécanisme de clapet, fit repousser l'opération demandée par le malade.

On ne sait plus rien sur l'évolution ultérieure, le malade n'étant pas revenu.

Observation 11. — FOA. — *Ciste ateromatosa del mediastino in im'alienata cronica emofliaca. Il morgagni giornale Indirizzato al Progresso della medicina*, XVI, p. 498, 1874, in MORRIS. — B. B., femme, âgée de 61 ans. Aucune maladie antérieure sauf une fièvre intermittente pendant 14 ans.

Elle avait eu de la myodynne et une pleurésie et elle avait une tendance marquée aux hémorragies, même après la plus légère éraflure de la peau. Ni palpitation, ni dyspnée.

Pendant les dernières semaines elle avait eu de l'œdème des pieds et des jambes. La mort fut provoquée par une pneumonie.

Autopsie. — Le poumon droit dans son entier, montrait de l'hépatisation rouge. Entre le péricarde et la plèvre viscérale au niveau du 1/3 inférieur du lobe inférieur du poumon droit, il existe une masse blanche, brillante, adhérant lâchement à la plèvre, au péricorde et au médiastin postérieur.

La tumeur était petite, ronde, de consistance pateuse, et, à la coupe, une grande quantité de substance *jaune* en grumeaux s'en échappa. Microscopiquement ces grumeaux étaient formés de nombreuses cellules épithéliales plus ou moins dégénérées, de gouttelettes de graisse, et de quelques cristaux de pigment.

La paroi du kyste était couverte d'un épithélium pavimenteux.

Observation 12. — SMYTHE. — *Dermoid Cyst of Lung. The American Practitioner*. Vol. XIX, p. 313, 1879, in MORRIS. — Le 31 janvier 1879, une femme inconnue mourut dans un hôtel, où elle n'avait fait qu'un séjour de quelques heures.

On ne put obtenir aucun renseignement.

On apprit seulement qu'elle semblait épuisée ; qu'elle respirait avec une grande difficulté et qu'une toux paroxystique la faisait cruellement souffrir.

Les mains et les lèvres étaient d'une couleur livide ; et elle avait raconté que depuis 8 ans elle souffrait de ce que les médecins appelaient consommation.

Autopsie. — Femme de 30 à 35 ans, légèrement émaciée.

Les lobes moyen et inférieur du poumon droit sont hyalins.

Épanchement séreux modéré de la plèvre gauche.

La partie supérieure du côté gauche de la poitrine était entièrement remplie par une masse qui s'étendait en bas jusqu'au bord inférieur de la sixième côte et atteignait la ligne médiane.

La tumeur était kystique et sur sa paroi étaient implantés des cheveux dont quelques-uns avaient 15 pouces de long : ils se mêlaient intimement au contenu sébacé qui avait à peu près la consistance du fromage de Hollande.

Dans la paroi épaisse du kyste, se trouvait un os véritable, bien régulier, en forme de fer à cheval et pesait 120 grains.

Observation 13. — MARCHAND. — *Beiträge zur kenntniss der Dermoidgeschwülste. Zweiundzwanzigster Bericht der oberhessischen Gesellschaft für Natur und Heilkunde*, p. 235. Giessen, 1883 (Cité par Ekehorn et Dangschat) in Morris. — Femme âgée de 27 ans, mariée, en bonne santé, eut soudainement une pneumonie du lobe inférieur gauche ; un épanchement pleural se développa du côté gauche et augmenta graduellement.

Le lobe supérieur s'infiltra aussi.

En outre il y eut un petit exsudat à droite, et finalement une péritonite qui amena la mort.

Autopsie. — A la partie supérieure du médiastin existe une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, ronde, tendue, qui s'étend de la deuxième côte à la cinquième et à gauche au delà du bord sternal et remplit entièrement la partie antéro-supérieure de l'espace pleural droit.

La tumeur est kystique et adhère au lobe supérieur du poumon droit.

Le cœur est refoulé en bas et à gauche.

Dans le poumon gauche, il y a de la compression avec une hépatisation récente.

La paroi du kyste est formée d'un tissu fibreux résistant, calcifié en plusieurs endroits ; la face interne lisse, présente plusieurs proéminences recouvertes de nombreux cheveux blonds.

Le kyste contient un 1/2 litre environ d'un liquide jaune brillant très trouble présentant des grumeaux et des fragments plus épais sur lesquels sont insérés des cheveux.

De la surface externe du kyste, partent deux prolongements ayant la forme d'une langue qui passent le long de la face antérieure de la trachée pour presque atteindre le bord inférieur du corps thyroïde.

Ils paraissent graisseux, et au microscope, l'examen donne l'aspect du thymus.

Observation 14. — BUTLIN (Paget). — *A system of Surgery by Holmes and Hulke*, 1883, vol. II, p. 259, in Morris. — « J'ai vu dernièrement un de ces kystes dermoïdes situé profondément derrière la première pièce sternale chez un jeune homme (qui fut amené à Sir John Paget), et chez qui il avait commencé à croître à l'époque de la puberté.

Il contenait des amas de tissu conjonctif, recouverts de peau et de cheveux clairs et sous la peau se trouvaient de nombreuses glandes sébacées.

Le kyste fut ouvert par Taylor (de Caltishall). Les parties solides furent enlevées et la cavité se combla par bourgeonnement ».

Observation 15. — PINDERS. — *Über Dermoidcysten des vorderen Mediastinums.* — *Inaug. Dissert.* — Bonn. 1887. *Egalement dans Fenkler et Ribbert (Berliner klinische Wochenschrift)* Bd. XXIV, p. 250, 1887, in Dangschat. — *Autopsie* faite par le professeur Ribbert (1885).

Le médiastin antérieur était occupé par une tumeur qui touche solidement le sternum de la première à la cinquième côte, ne laisse libre le péricarde que sur une largeur de deux doigts, et est solidement soudée à gauche à la deuxième.

La tumeur est en outre solidement unie au segment antérieur du lobe supérieur pulmonaire gauche et s'est accrue dans le tissu pulmonaire formant un tissu de la grosseur du poing de bouillie fromageuse et de curieuse forme. Le cœur est entièrement repoussé en bas, le ventricule droit presque entièrement horizontal.

A la surface de section du lobe supérieur pulmonaire gauche, se trouvent au sommet des nodules isolés, gris blanchâtre, d'où rayonnent dans le poumon quelques tractus cellulaires.

Dans le lobe supérieur droit, il y a un noyau de tumeur gros comme une noix, qui ressemble à celui du lobe gauche.

La tumeur principale se compose d'un lymphosarcome central

ramolli, la partie inférieure droite de la tumeur est occupée par un kyste dermoïde qui a une paroi dure, fibreuse, en partie calcifiée et un contenu de graisse molle.

Observation 16. — PINDERS. — *Ibidem, in Dangschat.* — Homme de 53 ans, mort de paralysie bulbaire. On trouva à l'autopsie, entre le péricarde et la bronche gauche, une tumeur encapsulée de la grosseur d'un œuf d'oie avec une coque dure, en partie calcifiée. La tumeur qui refoule le cœur à droite, a 10 centim. de long, 5 cm. de large et représente un kyste dermoïde.

A la partie postérieure est adjoinct un tissu mou dont la plus grande quantité est située à l'extrémité inférieure du kyste. Ce tissu se détache en haut de la périphérie et s'étend sur l'extrémité supérieure du kyste jusqu'à l'ouverture supérieure du thorax, où il est difficile de le délimiter du tissu graisseux.

Ce tissu mou donne microscopiquement l'image du thymus, mais sous les corpuscules stratifiés caractéristiques.

Pinders se croit autorisé, malgré l'examen microscopique peu probant, à reconnaître une origine thymique au kyste dermoïde.

Observation 17. — LOEWENMAYER. — *Demonstration eines Präparats (Dermoidcyste des Mediastinum).* *Berliner klinische Wochenschrift.* Bd. XXV (in Dangschat), p. 135, 1888. — Homme, entre à l'hôpital en 1884 à la suite d'une hémoptysie et d'une pleurésie gauche avec léger épanchement.

Il y avait voussure du côté gauche de la poitrine et sur celle-ci matité qui s'étendait de la clavicule à la sixième côte environ.

Choc du cœur non perceptible à gauche, par contre ébranlement du côté droit et pulsations à l'épigastre.

Diagnostic. — Tumeur de la cavité thoracique gauche.

Malgré un travail pénible pendant les trois dernières années, le malade se sentit assez bien.

Au début de janvier 1888, il eut des crises de très violente dyspnée qui l'obligèrent à rentrer de nouveau à l'hôpital.

La mort arriva à la suite de cette dyspnée, augmentant constamment, et de cyanose.

Autopsie. — Montre une tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant à paroi lisse, tendue, qui était un kyste dermoïde.

Le kyste occupait la plus grande partie de la *moitié du thorax* ; *fauchait* librement le *thorax en avant*, était intimement adhérent avec le *péricarde situé à droite*, le diaphragme et le poumon gauche.

Le cœur, adhérent au feuillet pariétal du péricarde, touchait par sa pointe, l'extrémité inférieure du sternum..

La veine innommée droite située sur la face antérieure de la tumeur, était thrombasée et imperméable dans le territoire de l'adhérence.

La partie antérieure plus grasse du sac formait une cavité qui était entièrement remplie de productions dermoïdes (épiderme, cheveux, graisse).

A la face antérieure du sac, étaient implantés quelques mamelons traversés de morceaux de cartilage.

Tout près du bas, un large pont passait d'un côté à l'autre ; sous ce pont quelques diverticules et recessus ; en arrière, dans une partie plus épaisse de nombreux petits kystes muqueux fermés qui, recouverts à l'intérieur d'épithéliums vibratils, formaient des groupes plus petits et plus grands.

La partie extérieure de la tumeur se présente donc comme un simple kyste dermoïde, l'intérieur est aménagé avec une muqueuse à la façon de l'appareil respiratoire.

Observation 18. — SANGALLI. — *Grossa ciste calloïda composta del polmane destro con peli, glande sebace e lamina ossea nelle sue pareti. Rendicanti del R. istituto Lombardo.* — Série II, vol. XXI, page 662. — Cité par Pflanz, Ekehorn, Morris. — Une femme âgée de 50 ans, mourut en 1880 après une longue maladie pendant laquelle le médecin qui la soignait avait posé le diagnostic de tuberculose pulmonaire chronique avec grand épanchement séro-fibrineux de la plèvre droite.

Autopsie. — On ne trouve ni tubercules, ni épanchement pleural.

La moitié droite du thorax est occupée par une grosse tumeur qui a comprimé fortement le poumon droit.

La tumeur adhère au lobe moyen du poumon droit et s'étend en bas vers le diaphragme.

C'est un kyste multiloculaire à contenu sanglant, atéromateux, dans lequel se trouvent de nombreux cheveux longs très fins. Dans la

paroi se voient des cheveux, des follicules pileux, des glandes sébacées, de l'os et du cartilage.

(De l'épithélium pavimenteux tapisse le kyste).

Observation 19. — BUYVID. — *Fibrome médiastino-péricardique, adhérence du cœur au péricarde et kyste dermoïde. Medizinskoye Obozrenië Mosk.* XXXII, p. 97, 1889. In morris — E. K., homme âgé de 23 ans, cosaque, entre à l'hôpital le 13 décembre 1888, avec diagnostic de pleurésie.

Le 23 février 1889, le malade fut renvoyé de l'armée pour anasarque; il rentre à l'hôpital le 4 mars 1889.

Examen. — Respiration rude à gauche dans l'aisselle.

23 mars. — On note de l'ascite; une dyspnée considérable et de l'œdème des pieds. Crachats sanglants. Douleurs dans la région du cœur et dans la poitrine en avant et en arrière.

30 mars. — Epanchement considérable dans le péricarde et la plèvre.

Pointe du cœur non perceptible à la palpation.

Dyspnée extrême. Face œdématiée et cyanosée. Orthopnée, ascite considérable. Mort le 3 avril 1889 dans un accès de violente dyspnée.

Autopsie le 4 avril. — La face postérieure du sternum adhère aux tissus sous-jacents.

Grande quantité de liquide dans la cavité pleurale gauche.

Pleuro-pneumonie gauche.

En avant. — La cavité thoracique est occupée entièrement par une tumeur sacculaire qui a été coupée accidentellement dans l'ablation du sternum.

La tumeur adhère étroitement au poumon gauche et à tous les organes du médiastin, spécialement au cœur.

La moitié droite de la tumeur est un kyste dermoïde de la grosseur de deux larges poings qui contient deux verres d'un liquide épais, granuleux, jaune, grasseux avec de nombreux grumeaux de la grosseur d'un pois à un œuf de poule.

Toutes ces masses rondes contenaient des cheveux.

Le microscope révèle la présence d'épithélium pavimenteux, de cholestérine, de graisse et de débris.

Des bandes fibreuses partent du kyste pour enlever les gros vaisseaux, les bronches et en partie l'œsophage.

Observation 20. — GODLEE. — *Dermoid cyst of the Right Side, of the chest communicating with, a Branchus* (*Medico Chirurgical Transactions*, in Ekehorn-Dardignac, Morris, etc. London), LXXII, p. 317, 1889. — Madame C., 29 ans, n'a souffert d'aucun symptôme imputable à la poitrine, pendant son enfance, sauf qu'elle a eu un peu de gêne respiratoire auparavant.

Le début de la maladie fut soudain et se traduisit par une douleur aiguë dans le côté droit de la poitrine en mai 1886, suivie rapidement par l'apparition d'une pleurésie droite aiguë avec épanchement.

Ce dernier se transforma en empyème.

La ponction fut différée, mais le diagnostic fut confirmé par l'ouverture de la poche dans les bronches.

La toux et l'expectoration diminuèrent, mais ne disparurent jamais complètement.

Il y eut dès ce moment un léger œdème des doigts.

La malade fut vue par l'auteur, en premier lieu en juin 1887.

A cette époque on constata :

Un léger œdème dans l'aisselle droite.

Le centre de cet œdème était un peu tendu.

La douleur, à la pression, était vive dans la région sous-claviculaire.

La percussion donnait à la base une matité à contours particuliers (voir fig.).

Elle était plus marquée dans l'aisselle, mais elle s'étendait jusqu'à la ligne médiane en avant, et à cet endroit atteignait le niveau de la troisième côte; mais en arrière elle était limitée d'une façon brusque par une ligne courbe se dirigeant de bas en haut, et par une ligne verticale allant jusqu'à l'angle de l'omoplate.

Au niveau de la matité, on n'entendait rien ou peu de chose.

Le malade fut anesthésié, et avec un trocart explorateur du pus fut retiré « à l'endroit tendu », juste en dehors du mamelon dans le sixième espace.

Une partie de la côte et du feuillet pleural furent incisés et on trouva une petite cavité dont s'échappa environ une once de pus.

Sous la plèvre on sentit une masse ronde, ferme, que l'on pensa être un morceau du poumon adhérent à la paroi thoracique.

L'expectoration cessa.

Un écoulement épais, séro-purulent, persista, et le drainage fut difficile.

La malade avait en toussant rendu deux poils après l'opération, et un ou deux avaient été trouvés sur le drain.

Ils ressemblaient aux poils de l'aisselle qui avaient été rasés.

La malade raconta alors qu'elle avait par deux fois rendu un cheveu en toussant : cheveux qu'elle croyait à cette époque avoir avalés.

Le 9 août 1887, l'ouverture fut élargie. On enleva environ deux poignées de cheveux et de matière grasseuse.

Alors on remarqua des formations étranges, blanches, ressemblant à des doigts qui n'étaient que des masses épaisses de tissu fibro-cellulaire recouvert de peau sur laquelle poussaient les cheveux.

Un drain fut introduit, et l'écartement devint plus abondant.

Le 20 septembre 1887, l'ouverture fut de nouveau agrandie.

Trois formations ressemblant à des doigts furent enlevées. On vit que la cavité s'étendait directement jusqu'au sommet du thorax et que la paroi du kyste était unie intimement au poumon et au diaphragme.

L'ablation du kyste fut considérée comme trop dangereuse.

L'amélioration post-opératoire fut rapide.

L'écoulement restait toujours abondant et avait une odeur aigre.

L'ouverture que l'on avait voulu faire large diminua d'une façon telle que l'on pouvait à peine placer un très petit drain.

L'expectoration montra que l'ouverture de la bronche persistait.

Une lettre de M. Godlee écrite le 2 novembre 1904 fournit les renseignements suivants :

Le malade mourut le 26 octobre 1891, de pyémie, c'est-à-dire 4 ans après la première opération, après une semaine de maladie.

Observation 21. — KÖNIG. — *Lehrbuch der speciellen Chirurgie*. Bd. II, p. 45, 1889. — Roser incisa un kyste dermoïde qui bombait dans la fosse suprasternale et plus bas trépana le sternum pour obtenir l'évacuation du contenu (in Morris). — WHITE. — *Dermoid cyst. attached to the front. of the pericardium* (Transac-

tions of the pathological society of London. Vol. XLI, p. 283, 1889-90).

— Le spécimen consiste en un kyste dermoïde ayant environ la grosseur d'une grosse orange de Tanger.

Il était attaché à la face antérieure et droite du péricarde et par quelques adhérences au poumon droit.

Il était rempli d'une substance d'un jaune sale, renfermant de la cholestérine et des globules huileux.

Il y avait aussi une grande quantité de matière sébacée solide et quelques cheveux qui paraissaient seulement attachés à l'intérieur du kyste.

Observation 22. — MARFAN. — *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 1891, p. 324. — *Kyste dermoïde du médiastin antérieur. Mort par tuberculose aiguë.* — Le 17 juillet entre à Necker un cocher de 30 ans.

Depuis quelques jours, le malade a des nuits très agitées et le médecin qui l'envoie, attribue à l'alcoolisme les insomnies et les hallucinations nocturnes qu'il présente.

A l'entrée. — Malade un peu abattu, et l'on constate surtout les signes d'un embarras gastrique des plus nets.

La température est normale, et reste telle jusqu'à la mort.

Examen. — Poumons, 0.

Cœur. — Battements faibles, mais réguliers. Du 17 au 22 juillet, même état. Le 22 juillet, agitation et délire ; le 23 juillet coma avec inégalité pupillaire très marquée et pouls ralenti (55-60). Mort dans la nuit du jeudi au vendredi.

Autopsie pratiquée le 22 juillet. — En ouvrant la cage thoracique, on constate qu'il existe derrière la portion supérieure du sternum, en avant des gros vaisseaux de la base du cœur, une masse blanchâtre du volume des deux poings.

Après incision, cette masse laisse voir de nombreux poils blancs et une matière sébacée très épaisse. Il s'agit d'un kyste dermoïde.

Ce kyste occupe exactement la portion supérieure et juxta-sternale du médiastin antérieur.

Il remplit une cavité ayant pour limite inférieure : la face antérieure du péricarde ; pour limite postérieure les gros vaisseaux de la base du cœur, pour limite supérieure la base du cou, et antérieure le sternum et les côtes satellites.

Tumeur bien isolée des organes voisins.

Quelques adhérences seulement avec le bord antérieur des poumons.

Il n'y a adhérence interne qu'avec la face antérieure du péricarde.

Aucune lésion au niveau des organes situés dans le voisinage du cœur et il n'y avait qu'une compression modérée de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Paroi du kyste très mince, 1 à 2 mm. d'épaisseur.

Surface interne, inégale, raboteuse.

La cavité est uniloculaire, elle renferme uniquement de la matière sébacée et des poils blancs assez nombreux et assez longs dont quelques-uns s'insèrent sur la paroi.

L'examen microscopique de la paroi, fait en divers points, ne nous a montré que du tissu conjonctif fasciculé revêtu par un épithélium.

L'épithélium faisait défaut même dans les points, où la paroi présentait des poils ; d'ailleurs en y regardant de près, on s'aperçoit que ces poils sont simplement passés à travers la couche superficielle dégénérée de la paroi comme un fil qui y aurait été passé avec une aiguille.

Outre ce kyste dermoïde pilé, sébacé, l'autopsie nous montre des lésions tuberculeuses diverses.

Granulations grises au niveau des sommets.

Ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

Foie et rate normaux.

Enfin méningite tuberculeuse.

Le malade est donc mort de granulie.

Observation 23. — KÖRTE. — *Berliner-medizinische Gesellschaft. Sitzung an. 11 november 1891 (Berliner klinische Wochenschrift).* Bd. XXVIII, p. 1204, 1891, in Morris. — Malade, homme, entre à l'hôpital avec fistule de la paroi antérieure de la poitrine ; il dit qu'il a eu des symptômes marqués d'oppression au niveau de la poitrine peu de temps auparavant, puis la fistule apparut.

Depuis lors, amélioration des phénomènes. Une partie de la paroi antérieure de la poitrine, la deuxième côte et un morceau du sternum furent réséqués ; on trouva un petit sac de la grosseur du poing.

Il était rempli par le contenu habituel des kystes dermoïdes et ren-

fermant des cheveux. A la langue, il persista seulement une petite fistule de 4 centimètres de long, mince comme un crayon.

Le malade qui avait aussi de la tuberculose pulmonaire, se sentait si bien qu'il quitta l'hôpital.

Plusieurs semaines plus tard il mourait d'hémoptysie.

Observation 24. — HARRES. — *Über Zähne in Dermöidcysten* (Inaug. Dissertation, Zurich 1892), p. 45, in Morris. — La pièce est un kyste dermoïde du médiastin antérieur, de la grosseur du poing placé entre le cœur et le poumon gauche.

Dans la paroi qui ressemble à la peau se trouvent des morceaux d'os, de cartilage, ainsi que des cheveux.

Observation 25. — SALOMONSEN. — *Eine Dermöidcyste in der Lunge*. *Schmidt's Jahrbücher der gesammten Medicin*. Bd. CXXIV, p. 292. 1864 (in Dangschat, Morris). — Servante âgée de 24 ans, entra à l'hôpital le 7 décembre 1861. Bien portante pendant son enfance.

En 1854, scarlatine, et depuis lors, toux avec douleur dans la poitrine et le dos. En 1860, rougeole suivie d'une inflammation des poumons.

La toux s'exagéra beaucoup, et pendant les deux dernières semaines, la malade a eu des douleurs très fortes dans la poitrine. Lors de l'admission, la malade avait un peu de fièvre, les attaques de toux étaient fréquentes et fortes, durant souvent plusieurs minutes, et provoquant de vives douleurs dans la poitrine, surtout du côté droit.

Les crachats n'étaient pas fétides. *Matité* à la percussion à la partie supérieure du *poumon gauche*.

Le murmure vésiculaire y était faible avec une expiration prolongée, accompagnée de râles secs.

Bronchophonie. — Bruits à la toux et râles humides nombreux ayant presque une sonorité métallique sous l'extrémité interne de la clavicule droite et en *arrière dans la fosse sus-épineuse*.

L'examen ne donnait aucun autre renseignement.

La maladie progressa rapidement ; la malade se cachectisa ; l'expectoration augmenta, la parole devint difficile et le 4 janvier, elle se plaignit de douleurs plus fortes dans la poitrine, cracha environ

une 1/2 pinte de sang noir fluide (non spermeux) ; elle mourut environ une 1/2 heure plus tard.

Autopsie. — Poumon droit adhère partout.

Au sommet droit, du pus épais s'échappe.

La partie inférieure seule crépite.

Pas de bronchiectasie.

Dans une petite bronche s'étendant vers le hile du poumon se trouvait une communication avec un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon, adhérent au péricarde et à la plèvre.

La face interne de ce kyste ressemblait à la peau, il était rempli d'une pulpe épaisse de couleur brun rouge avec des taches jaunes et de petits cheveux bruns. Au sommet, cavité tuberculeuse de la même grandeur environ.

Le poumon semblait infiltré, dédoublé et ramolli.

L'examen microscopique montra que la face interne du kyste présentait un épithélium pavimenteux avec des glandes sébacées et des follicules pileux.

On trouva du cartilage dans la paroi.

Observation 26. — CLÆTTA, — *Über das Vorkommen einer Dermoidcyste in der Lunge* (Virchows Archiv. Bd XX, p. 42, 1861, in Morris. — Femme de 20 ans présentant les signes habituels de tuberculose pulmonaire chronique du côté gauche pendant la dernière partie de sa vie.

Le fait principal, qui fut remarqué par la malade, était l'expectoration d'une grande quantité de crachats qui fréquemment contenaient des cheveux en abondance.

Cette particularité fut considérée par les médecins comme une « déception ».

Autopsie. — En coupant le bulbe inférieur du poumon gauche, on trouve un sac rempli de cheveux, de cellules épithéliales et de substance grasseuse.

Avec ce sac communiquait deux cavités : la plus petite était le kyste dermoïde réel, la plus grande le poumon excavé.

Le kyste dermoïde était situé à la face interne du poumon gauche : il avait la grandeur d'une petite pomme.

Les parois très épaissies étaient formées d'un tissu dur dans lequel

du cartilage et des fragments d'os étaient enfouis sans aucune dent.

La face interne du kyste était inégale, avec des prolongements : on y voyait de nombreux cheveux longs et courts.

Le kyste s'enfonçait d'environ $\frac{1}{3}$ dans le poumon. Sur la paroi postérieure de la cavité s'ouvrait une large bronche.

Observation 27. — SPATH, 1836. — *Considéré par Dardignac comme kyste dermoïde du médiastin antérieur.* « Ce n'est pas notre avis ». — Homme, 60 ans. Début par une tumeur de la grosseur d'une noisette au côté gauche du cou, près de la thyroïde.

Puis après 4 mois, tumeurs, l'une du côté gauche de la poitrine dans la région mammaire, l'autre dans la région dorsale, s'étendant de la nuque à l'omoplate.

Plus tard, la tumeur de la région antérieure s'étendit vers le haut, embrassant la clavicule et refoulant le sterno-cléido mastoïdien par dessus l'angle de la mâchoire inférieure, l'oreille, et jusqu'à la nuque.

Bosselures, fluctuation ; ouverture à la lancette et issue d'environ 1 kilo de masse gélatineuse.

Mort dans un accès de suffocation.

Observation nécroptique. — La tumeur apparente du cou n'était que le prolongement d'une production semblable intrathoracique beaucoup plus considérable occupant tout le médiastin antérieur et formée en partie de matière grasseuse ou mélicérique et en partie de concrétions calcaires.

Cette tumeur paraissait provenir des six premières vertèbres dorsales dont la substance osseuse était devenue poreuse, friable, comme dépouillée des phosphates ; l'appareil ligamenteux était changé en une masse adipo-séreuse.

Le poumon gauche, refoulé, ne portait que les seules traces de lésions mécaniques dues à cette pression continue, il était plus sec, plus atrophié, hépatisé en quelques points ; l'espace postérieur, compris entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale était occupé par des portions de la tumeur transformées, partie en cartilage, partie en masses calcaires, partie en melicis.

Observation 27 bis. — NOBILING. — *Kurze Mittheilungen an den pathologisch anatomischen demonstrationen des Prof. Dr. Buhlertzhliches Intelligenz-Blatt.* Bd. XVI, p. 3, 1869 in Morris. — On

montrait une préparation d'un kyste dermoïde du poumon. La maladie fut diagnostiquée pendant la vie, parce que le malade, un homme, avait craché des cheveux.

Observation 28. — SORMANI. — *Un cas de kyste dermoïde du poumon gauche*, *Gazetta degli ospedali*, n° 40, p. 314, 1890. Cité par Foucher, in MORRIS. — A., femme âgée de 24 ans, entre à l'hôpital de Milan le 17 juillet 1887, se plaignant de dyspnée, de toux, et de douleurs dans le côté gauche du thorax.

D'après les parents, la malade présentait une grande susceptibilité pour les affections pulmonaires depuis les premiers mois de l'enfance.

Il était nécessaire de la tenir dans la position verticale, à cause d'attaques de dyspnée et de toux.

Sa santé fut bonne ensuite, à part de fréquents accès de toux et de dyspnée.

A l'âge de 16 ans, la malade remarqua pour la première fois des cheveux bruns dans son expectoration muqueuse.

Elle n'y attacha aucune importance.

Leur présence persista. Pendant les deux dernières années de sa vie, la dyspnée et la toux devinrent plus graves.

Autopsie — Malade cachectique et œdématiée.

Lobe supérieur et 2/3 inférieur du poumon gauche, contiennent un kyste de la grosseur d'une tête d'enfant.

Son enveloppe ressemblait à de la peau.

Des cheveux y étaient implantés.

Sur la face interne il existait des proliférations.

Le kyste contenait une bouillie atéromateux gris jaune de mauvaise odeur dans laquelle on trouvait des cheveux bruns.

Le tissu pulmonaire environnant présentait de la pneumonie interstitielle avec bronchiectasie à la base.

Dans le lobe supérieur, se voyait un deuxième kyste plus petit et semblable au premier.

Complètement séparés de l'autre et de son contenu atéromateux, se trouvaient de petits cheveux noirs.

Sa face interne était identique à celle du gros kyste.

L'examen microscopique de l'enveloppe des kystes montra l'aspect

caractéristique de la peau renfermant des follicules pileux, des glandes sébacées, et des glandes sudoripares.

Pas de cartilage.

Observation 29. — OGLE. — *Dermoïd growth in the Lung. Transact. of the Pathol society of London.* Vol. XLVIII, p. 37, 1896. 97, in Morris. — Il s'agit d'un homme de 28 ans qui mourut d'une hémoptysie profuse.

Depuis 5 ans, de temps à autre il toussait et il avait des hémoptysies. Les signes physiques étaient ceux d'une pleurésie purulente. La fièvre hectique et les crachats abondants avaient fait songer à la bronchiectasie.

Autopsie. — Le poumon droit contient une cavité de quatre pouces de diamètre siégeant dans le lobe inférieur.

La cavité communique librement avec la division moyenne de la bronche gauche.

Plusieurs bronches secondaires s'ouvrent à l'intérieur de la cavité.

Celle-ci est remplie par une bouillie rouge sombre d'odeur fétide, ressemblant à du pus mélangé à du sang.

On trouve aussi 5 ou 6 amas de coloration crémeuse, cohérents, mais mous, de la grosseur d'une poire.

Leur aspect rappelle celui de la peau et ils sont couverts de poils.

A l'intérieur de ces amas, se trouve une matière caséeuse et une grande quantité de cheveux.

Dans le fond, là où s'attachent ces amas, se trouve une grosse dent.

Poche intrathoracique.

On lave celle-ci et il s'échappe un certain nombre de cheveux bruns, courts, et des masses qui au microscope apparaissent formées de petites gouttes de graisse et d'épithélium.

La fistule paraît insuffisante pour le drainage.

Le 25 avril, une ouverture est faite à travers le sternum.

A la fin de juin, la sécrétion a beaucoup diminué, et la poche s'est considérablement rétractée.

Il n'y a plus de symptômes subjectifs, ni dyspnée, ni toux, ni douleurs dans l'épaule et le bras.

Au début d'octobre, la fistule n'a plus que trois centimètres de profondeur, alors qu'en juin elle en avait 10.

Elle est toute étroite : il en sort un pus peu abondant, sans cellules épithéliales.

Le malade quitte l'hôpital à ce moment.

Observation 30. — CHRISTIAN. — *Dermoid and Teratomata of the anterior mediastinum. The Journ. of medical Research*, vol. VII, p.¹ 54, 1902, in Dangschat. — La malade, âgée de 38 ans, elle souffre beaucoup de troubles dans la poitrine pendant les six dernières années. Sueurs nocturnes. Expectoration avec des cheveux pendant deux ans. Pendant cinq semaines, elle a souffert de la poitrine et a toussé avec expectoration purulente. Pendant ce temps elle a eu diverses hémoptysies dont quelques-unes ont failli déterminer la suffocation.

Il y avait de la matité au niveau de la partie droite de la poitrine qui diminuait après les paroxysmes de toux pendant lesquels beaucoup de matière était expectorée. Plusieurs heures avant la mort, le 21 mars 1901, il y eut rejet de pus et de sang par la bouche et quelques cheveux étaient mêlés à l'expectoration.

Autopsie. — On trouve une tumeur du volume d'une noix de coco, à la partie inférieure du médiastin antérieur.

Le poumon droit adhère d'une façon ferme et est repoussé en arrière et à droite par la tumeur. Il y a de la péricardite fibrineuse. La tumeur se trouve entre le poumon droit et le péricarde ; elle s'étend jusqu'à 65 centimètres du sommet du poumon droit.

Elle n'adhère pas au diaphragme quoique contiguë ainsi qu'à la partie antérieure de la paroi thoracique.

Il reste dans le kyste de la matière molle et friable et des cheveux longs, délicats, frisés, blonds. La partie intérieure de la paroi est constituée par une membrane blanchâtre, molle, luisante.

Dans certaines parties de la tumeur, il y a de petits fragments osseux épais. On trouve une ouverture du côté d'une bronche de moyen calibre.

L'enveloppe du kyste présente tous les caractères de la peau.

Observation 31. — SOMMER. — *Dermoid Tumor, of the Lungs. The New-York medical Record*. Vol. LX, p. 475, 1901, in Morris. — Le malade, homme, âgé de 27 ans est mort de phthisie pulmonaire chronique.

A l'autopsie on a trouvé les deux poumons tuberculeux et caverneux. A la pointe du poumon droit on trouve une tumeur kystique contenant des amas de cheveux et de corps odontoïdes.

Observation 32. — BASTIANELLI. — *Riforma medica*, 20 mai 1893 (cité par Pflanz. in Morris, etc.). — Une femme, âgée de 20 ans, avait une fistule à la face gauche du cou, au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire depuis 4 ans ; fistule survenue à la suite de l'incision d'une tumeur de cette région, qui avait donné l'évacuation de graisse et de cheveux.

La fistule fut ouverte, les parois excisées et les bords de la plaie réunis par première intention.

Après *plusieurs semaines*, rupture avec issue de pus.

Après deux essais semblables, le manubrium fut réséqué et derrière lui on découvrit une tumeur de la grosseur d'une noix. On la sépara par dissection des grosses veines, du péricarde et de l'œsophage.

Elle adhérait intimement à l'aorte.

L'extirpation totale de la tumeur fut faite, et on obtint ainsi une guérison totale et permanente.

Observation 33. — KRAUSE. — *Ein Fall ausgedehnter Linkseitigen Pleuratumor (Sarcomes malignes und Dermoidcyste, Inaug. Dissertation)*, Bonn. 1893. Trouvaille d'autopsie, également rapporté par Jorres (in Dangschat) sous le titre de : *Über die Verbindung einer dermoid cyste mit maligner Sarcome der linken Lunge (Virchow. Archiv. Bd. CXXXIII, p. 66, 1893)*. — M. K., homme âgé de 39 ans, entre dans la clinique médicale de Bonn le 23 août 1892.

Antécédents personnels. — 3 ans auparavant, *symptômes fétides*, douleurs aiguës, attribuées à pleurésie gauche, et catarrhe de gravité moyenne, des petites et des grosses bronches.

8 mois après, il reprit son travail, mais de temps à autre il eut des douleurs en coups de poignard dans le côté gauche, son état général restant bon.

Depuis mai 1892 il a eu des douleurs continues dans la partie inférieure gauche de la poitrine.

Depuis le mois de juillet toux continuelle avec expectoration considérable, mais jamais sanguinolente.

Pendant les trois premières semaines, dyspnée considérable qui l'oblige à chercher du soulagement.

Etat actuel. — 23 août 1892. — Constitution robuste, muscles bien développés.

Expansion pulmonaire égale des deux côtés.

La percussion donne une *matité* nette au-dessus et au-dessous de la clavicule gauche.

Matité qui se continue avec la matité cardiaque et s'étend à gauche jusqu'à la ligne axillaire postérieure.

La face postérieure du côté gauche et le côté droit en entier donnent un son de *percussion clair*.

A l'*auscultation*, il n'y a aucun bruit respiratoire au niveau de la matité.

Le murmure vésiculaire est exagéré au niveau de la partie droite en avant.

Le *premitus vocal* manque à gauche, en avant et en arrière.

En arrière. — Matité relative à gauche ; un peu au-dessus expiration prolongée.

Râles peu nombreux au niveau du lobe inférieur gauche, avec souffle bronchique à l'angle de l'omoplate ;

Au niveau du lobe inférieur droit, respiration bronchique.

Matité cardiaque jusqu'à la ligne franchement droite.

A la base, *souffle systolique* prolongé.

Jugulaire gauche plus dilatée que la droite, on trouve une secousse systolique diffuse du côté gauche de la poitrine.

24 août 1892. — Ponction exploratrice donne exsudat hémorragique.

Opération répétée le 19 septembre avec même résultat ; mais on n'obtint que fort peu de liquide.

Bientôt la matité se montra en arrière et la ponction donna un liquide séreux.

Vers le milieu d'octobre paralysie complète du nerf *recurrent* gauche.

Bientôt la pupille droite devient plus large que la gauche.

En novembre, œdème de la jambe gauche, moins marqué à droite.

Dyspnée devint plus considérable, et la mort survint le 11 mai 1892.

Autopsie, par Jorres, 12 novembre 1892. — Corps bien nourri avec œdème du bras gauche.

La moitié gauche du thorax est très proéminente surtout dans les 4 premiers espaces intercostaux.

Dans la moitié gauche du thorax, il y a une large tumeur gris rouge.

Elle adhère intimement au diaphragme et la cavité pleurale gauche est complètement remplie par elle.

La partie inférieure est composée principalement d'une substance mollassée, gris jaune, dans laquelle se trouvent des particules osseuses et de nombreux cheveux blancs.

L'ablation de cette tumeur, fournit un kyste de 10 centimètres de long et 6 cm. de haut.

On trouve également d'autres kystes plus petits. Il y a du cartilage dans la paroi, antérieurement, se voit un kyste de la grosseur du poing.

La paroi présente de nombreuses protuberances, sur l'une desquelles sont deux petites dents.

Dans le poumon droit tumeur solide dans tous les lobes.

L'examen microscopique montre que dans tous les lobes, la paroi a la structure de la peau avec glandes sebacées et follicules pileux.

Il y a un épithélium cubique ou cylindrique dans quelques-uns de ces petits kystes.

Des muscles lisses et des glandes sudoripares se rencontrent dans la paroi.

Des productions malignes, sarcomateuses sont trouvées.

Les tumeurs du poumon droit étaient des métastases.

Observation 34. — KRETZ. — *Beitrag zur Casuistik der Dermoïde Wiener klin. Wochenschrift.* Bd VI, p. 861, 1893, in Morris. — Homme, âgé de 30 ans, pour lequel on fit le diagnostic de tuberculose pulmonaire, avec bronchiectasie du lobe supérieur gauche.

Il entra à l'hôpital 8 jours avant sa mort, et pendant ce temps on ne trouva pas de cheveux dans ses crachats, pas plus que dans ses antécédents.

Autopsie. — Adhérences péricardiques.

Tuberculose des deux lobes supérieurs.

Dans le lobe supérieur du poumon gauche il existe une cavité ayant environ la grosseur d'une pomme. Avec cheveux, pus et substance grasseuse.

Elle est placée en avant et au dessous du hile du poumon.

Le kyste communique avec les branches, et sa paroi ressemble à l'épiderme.

Près de l'ouverture se trouvent des cheveux blonds et clairs:

Dans la paroi, glandes sébacées et sudoripares, mais pas de cheveux.

La mort fut due à la tuberculose.

Observation 35. — DARDIGNAC. — *Tumeur dermoïde du médiastin antérieur*, *Revue de Chirurgie*, 10 septembre 1894, p. 776. (Résumé). — Le soldat W., 22 ans entre dans mon service à l'hôpital militaire de Beauvais le 18 juin 1893.

La visite d'incorporation faite 7 mois avant n'avait donné lieu à aucune remarque sur l'état de la poitrine sauf une certaine *asymétrie* du thorax à droite, visible à distance.

W., fit ses classes, sans autre inconvénient qu'une certaine gêne respiratoire au moment des pas gymnastiques.

Cette gêne l'obligeait à demander quelques minutes de repos.

Ce n'est en réalité qu'au moment des marches d'épreuve, (qu'il ne put supporter) qu'il se présenta à la visite où l'on fit le diagnostic de *pleurésie* en raison de la matité de tout un côté de la poitrine.

Il fut gardé en observation quelque temps, puis envoyé à l'hôpital avec diagnostic de *kyste probable de la poitrine*.

Il avait dans son histoire les quelques commémoratifs suivants :

Quelques années auparavant W., fut hospitalisé dans le service du docteur Hassal à St-Antoine pour accidents d'oppression très sérieux.

On avait cru à un kyste hydatique du foie, et gratifié plusieurs ponctions négatives.

Peu de temps après on fit une nouvelle ponction au sommet de la voussure, et l'on retira environ 800 grammes de liquide louche, non purulent. Dix jours après, nouvelle ponction, suivie d'une injection modificative. Il en résulta une amélioration réelle ayant persisté assez longtemps.

A l'entrée du malade à l'hôpital militaire on constata une voussure très développée, granuleuse, formée par le squelette de la région.

Il n'y a ni battement, ni impulsion à ce niveau.

Percussion. — *Sonorité* exagérée de la clavicule à la troisième côte. *Matité absolue* de la troisième côte au diaphragme.

Cette percussion n'est douloureuse qu'au niveau du mamelon.

En arrière. — *Sonorité* normale dans les 2/3 supérieurs, *submatité* dans le 1/3 inférieur de la poitrine.

L'auscultation révèle un silence absolu sur presque toute la hauteur en avant.

Murmure vésiculaire avec râles fins en arrière et sous l'aisselle.

Etat général altéré, anorexie, angoisse précordiale.

Première intervention par le docteur Dardignac. — Incision sur le trajet de la quatrième côte droite sur une longueur de 8 à 10 cm. environ commençant à 2 centimètres du bord droit du sternum.

Résection d'environ 6 cent. de cette côte. Au-dessous on aperçoit un tissu blanchâtre, adhérent au périoste épaissi et tombant sous le doigt.

Ponction avec un trocart de l'appareil Potain, en le retirant on voit sourdre quelques gouttes de liquide.

L'Incision de la masse donne issue à une grande quantité de liquide qui sera décrit plus loin.

Pour faciliter l'évacuation de la poche, on couche le malade sur le côté droit, et à ce moment le liquide sort mélangé de corpuscules jaunâtres. On réussit à favoriser l'expulsion du contenu en faisant tous ser le malade ; et brusquement, vers la fin, une touffe de poils blancs fut rejetée.

Ces poils étaient longs de 8 à 10 cm., frisés et agglomérés par les corpuscules sébacés.

A ce moment seulement, on fit d'une façon ferme le diagnostic de kyste dermoïde.

On fit alors une exploration digitale aussi douce et complète que possible, pour se rendre compte des rapports et de la situation exacte du kyste.

Il fut impossible de préciser à ce moment, si la tumeur était tout entière intra-pleurale. La capacité de la poche était d'environ 1800 grammes.

L'énucléation semblant impossible, on se contenta de laver soigneu-

sement le kyste et de le badigeonner de teinture d'iode à l'intérieur.

Enfin on garnit la poche avec de la gaze iodoformée, et on termina l'opération par quelques sutures profondes et superficielles pour limiter l'orifice interne de la plaie.

Il n'y eut aucun incident opératoire.

Examen du liquide. — La constitution chimique ne présente de l'intérêt que dans l'absence de pus.

Les réactions chimiques se rapportent toutes à la présence de cette matière grasse jaunâtre, de la consistance du suif, composés de granules ou de petites vésicules.

Suites opératoires. — A part quelques jours de fièvre, et suppuration de la poche, tout fut parfait et le malade quitta l'hôpital le 6 décembre guéri des accidents qui le menaçaient.

Le poumon droit respirait en arrière dans toute sa hauteur de même que dans la région sus-mammaire jusqu'à 3 cm. en haut de l'orifice fistuleux.

Autour de cet orifice on percevait un souffle amphorique témoin de l'existence d'une cavité sus-sternale.

La poche est réduite à un trajet fistuleux ne présentant de dilatation ampullaire qu'immédiatement en dehors de l'orifice opératoire pres-ternal.

Le malade fut reformé, mais sa fistule persista et en 1898, il fut opéré de nouveau par le D^r René Belin.

Nous avons pu trouver la monographie que Belin fit paraître à ce sujet.

Observation 36. — PFLANZ. — *Ueber Dermoidcysten des Mediastinum anticum.* Zeitschrift für Heilkunde. Bd. XVII, p. 473, 1896. — D. A. Homme, boulanger avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à la maladie présente.

Depuis plusieurs années, il a souffert dans l'oreille droite, et depuis un an environ, dans l'épaule droite.

En août 1894, il éprouve de la difficulté à avaler surtout les aliments solides.

En novembre, les douleurs dans l'oreille et l'épaule augmentent et la malade est pris d'une pénible dyspnée.

A ce moment, le patient remarque un gonflement de la région sus-claviculaire droite.

Depuis, il y a eu peu de modifications. Les douleurs sont plus vives, surtout au niveau de la tumeur, et irradient dans tout le membre supérieur.

Peu à peu s'installe un gonflement de la partie supérieure du thorax.

Etat actuel, 23 février 1895. — Le patient est robuste et en bon état, on ne trouve ni œdème généralisé, ni de dilatation veineuse.

Il y a un gonflement dans la région du manubrium sternal, de l'articulation sterno-claviculaire droite, et des deux premiers espaces intercostaux droits.

La peau en ce point est normale.

Une toux de matité absolue est nettement limitée : elle s'étend vers la droite à 4 cm. au-delà du bord sternal gauche. En bas, sur la ligne médiane, elle descend jusqu'au niveau du 2^e espace intercostal.

Dans toute cette région, on n'entend aucun bruit.

Au-dessus, et en dehors, de l'articulation sterno-claviculaire, il existe une tumeur mobile, très fluctuante, du volume d'une noix et en partie recouverte par le sterno-cleïdo mastoïdien.

Elle présente une expansion qui semble communiquée par les vaisseaux sous-jacents.

Les poumons sont normaux.

La matité cardiaque est de dimensions et de siège normaux, séparée de l'aire mate ci-dessus décrite, par une zone de sonorité.

Les deux pouls radiaux sont synchrones ; la tension est la même des deux côtés. L'examen laryngoscopique ne révèle rien.

Les pupilles sont égales, la température est normale.

Une ponction exploratrice faite dans la tumeur sus-claviculaire y montre du pus.

On l'incise et on la draine, le patient se trouve mieux : on le renvoie le 10 mars.

13 mars. — Il revient, avec une tumeur située à la même place, du volume d'un œuf de poule. L'état général s'est modifié.

Le 12 avril, cette tumeur est ouverte par le docteur Neugebauer.

Une cavité du volume d'un œuf de pigeon est incisée ; elle contient du pus. En bas et en dedans on trouve un trajet qui conduit dans une grande cavité.

Observation 37. — EKEHORN. — *Die Dermoïdcysten des Mediastinum anticum.* Archiv. für klin. chirurgie. Bd. LVD, p. 107, 1898.

— M. H., femme âgée, de 21 ans, entra dans le service du professeur Sœhli à l'Insel Hospital de Berne le 30 janvier 1893.

Elle mourut le 14 septembre.

La maladie avait débuté 5 ans auparavant par une pleurésie ; depuis la malade toussait constamment et crachait du mucus pur.

Il y a trois ans une hémoptysie survint et se répéta six fois en quelques semaines.

Chaque hémoptysie, était abondante et composée d'un sang rouge vif, d'odeur fétide et spermeux.

Il était rejeté par quintes de toux extrêmement pénibles.

A partir de l'entrée à l'hôpital l'expectoration fut purulente et fétide.

La toux a lieu habituellement par quintes annoncées par une dyspnée modérée, et quand il a rejeté une abondante expectoration, le malade se sent très bien.

Entre les paroxysmes il y a une toux constante et le décubitus sur le côté droit semble provoquer l'attaque.

Il y a des palpitations et de la dyspnée d'effort.

Etat actuel, 1^{er} février 1893. — Petite constitution. Taille moyenne.

Muscles et pannicule adipeux peu développés.

Hippocratisme marqué des doigts.

Température et respiration normales.

Les espaces sus et sous-claviculaires gauches sont plus déprimés qu'à droite.

Aucune différence au-dessous.

Expansion normale des deux côtés.

La pointe bat dans le cinquième espace au niveau de la ligne mamelonnaire.

La percussion donne un son éclatant et profond, au sommet droit et dans la région sous-claviculaire.

De la quatrième côte à la ligne mamelonnaire, il y a une matité absolue.

Au niveau de la ligne axillaire, c'est à la sixième côte, à la partie moyenne du poumon gauche, qu'il y a de la matité.

L'auscultation au niveau de la barre mate donne un murmure vésiculaire très diminué et des râles diffus, peu nombreux, fins et humides.

Respiration bronchique dans l'aisselle et partout ailleurs murmure vésiculaire normal.

Au niveau de la pointe du cœur, souffle systolique doux.

En arrière, matité à droite, au-dessous de la sixième côte, au-dessus tympanisme.

A l'auscultation, à droite :

Bruits ressemblant à un frottement avec souffle près de la ligne médiane et des râles sonores et humides en *partie* métalliques.

Trémitus vocal très affaibli au niveau de *la matité*.

Le bord supérieur de cette matité ne varie pas avec le changement de position de la malade.

Le bord du foie est à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal.

La ponction exploratrice est négative dans le dos et dans l'aisselle.

L'expectoration se divise en trois couches, il n'y a pas de bacilles de Koch.

Après juillet la malade se plaignit de maux de tête, de douleurs en coup de poignard dans la poitrine, de dyspnée et de crises douloureuses de toux.

Le 14 septembre 1893, elle mourut subitement dans un accès de dyspnée.

Autopsie. — Tout le médiastin antérieur et supérieur est occupé par des masses solides, dures, qui commencent à 2 cm. au dessus de la fourchette sternale, descendent jusqu'au diaphragme, dépassent de 3 cent. à gauche la ligne médiane et sont adhérentes au poumon gauche -- à droite se fixent solidement à la paroi thoracique antérieure. En arrière la tumeur atteint la colonne vertébrale. Le poumon gauche présente dans les points adhérents du tissu solide, calleux et de nombreuses broncheectasies. De même dans le lobe droit inférieur nombreuses broncheectasies. Dans le lobe moyen cavité, d'où sort une bouillie blanchâtre mêlée de cheveux. La cavité est recouverte de muqueuse et s'ouvre dans la bronche principale du lobe moyen. La tumeur se compose de parties solides avec cartilage, os et de petites cavités autour desquelles se sont groupés à la périphérie plu-

sieurs espaces cavitaires avec cheveux qui communiquent entre eux et avec la cavité située dans le poumon. Sur la paroi de ces cavités se trouvent des excroissances papillomateuses et des tubercules mamelonnés qui sur leur surface ridée portent de nombreux cheveux. Quelques cavités plus petites revêtues d'épithélium cylindrique vibratile sont remplies d'un liquide clair, transparent, un peu muqueux. L'examen microscopique révéla toutes les couches de la peau normale avec des glandes sébacées nombreuses et extrêmement développées et des cheveux, mais on ne trouve que de rares glandes sudoripares ; dans les parties médianes et inférieures de la tumeur, petits îlots du cartilage myalin et substance osseuse visiblement distribuée sans ordre. La texture de l'os paraît normale : canaux de Havers, stratification concentrique nette, corpuscules osseux et cavités médullaires. Les ostéoblastes font défaut. Un gros morceau d'os irrégulier, situé dans les parties solides, paraît répondre à un maxillaire supérieur ; car il possède plusieurs dents dont une est sûrement reconnue pour une incisive de maxillaire supérieur. En outre se trouvent des ganglions avec fibres nervurés, plusieurs canaux qui, d'après leur texture paraissent répondre en partie au tractus respiratoire, en partie au tractus intestinal.

Observation 38. — EKEHORN. — Jeune homme de 22 ans, qui au début de 1885 tomba malade avec les symptômes d'une pleurésie exsudative qui disparut entièrement et brusquement sous des symptômes de toux. Par la toux étaient expectorées de petites masses qui se composaient de graisse avec cheveux entremêlés.

Diagnostic. — Vraisemblablement kyste dermoïde de la plèvre.

En 1886, la mort survint à la suite de symptômes graves de suppuration.

Autopsie. — Tumeur située à gauche du cœur, solidement adhérente en un point avec la partie supérieure du péricarde et la partie médiane du poumon gauche.

Au point adhérent avec le poumon gauche existe une communication avec une caverne située tout au-dessous de la surface médiane du lobe pulmonaire supérieur.

La surface interne du kyste est en général assez unie et recouverte d'épithélium desquamé et de graisse.

La partie inférieure de la paroi est épaissie en forme de tumeur et possède de nombreuses élévations bosselées dont la plus grosse a pris la forme polypeuse.

Les bosselures portent de nombreux cheveux longs ; deux petites bosselures et l'excroissance polypeuse portent en tout 4 dents dont l'une est trouvée libre dans la cavité.

Un gros toupet de cheveux occupe la plus grande partie de la cavité et pend à travers l'ouverture de communication dans la caverne dans laquelle s'abouchent une quantité de grandes et petites bronches.

L'examen microscopique de la partie bosselée en forme de tumeur révèle qu'elle est couverte à son intérieur d'un épithélium laissant bien reconnaître les couches normales de la peau et qui possède des cheveux abondants et des glandes sébacées, énormément développées.

En outre, dans cette partie, on trouve des fibres musculaires lisses, du cartilage hyalin et des petits morceaux d'os avec périoste.

A côté, de nombreuses cavités et petits canaux qui sont recouverts en partie avec un épithélium cubique simple, en partie avec un épithélium cylindrique vibratile, en partie par un épithélium plat.

Quelques parties sont infiltrées de petites cellules lymphoïdes réunies en petits amas. La face interne du reste de la paroi du kyste n'est pas recouverte d'épithélium.

Observation 39. — BERGMANN. — *Ueber ein Fall von Dermöid-cyste des vorderen Mediastinum. Prager medicinische Wochenschrift*, B. XXIII, p. 109, 1898), in Dangschat. — Homme, 38 ans, tomba malade à la fin de décembre 1896 (Bronchite grippale). Reprend son travail avant d'être complètement guéri, et au début du mois suivant, fièvre typhoïde qui dura 3 mois.

La toux provoquait des douleurs à droite au niveau de la deuxième et troisième côte et à la partie voisine du sternum.

Il existait une bosselure de périoste s'étant développée à la suite de fracture.

Pendant la convalescence qui traina en longueur, du sang se montra dans les crachats après chaque quinte de toux.

Le patient attribuant la bosselure à une forte pression sur la face antérieure de la poitrine en serrant une vis en octobre 1886.

Le malade est de taille moyenne et de constitution également assez bonne.

Il a une toux fréquente avec expectoration peu abondante et spermeuse.

Signes de catarrhe dans les deux poumons, pas de matité. On trouve une bosselure décrite plus haut. A ce niveau la peau est violacée, au centre se trouve une ouverture de la grosseur d'un pois, d'où s'échappe une sécrétion opaque.

La tumeur est douloureuse et de consistance douce, pateuse.

On diagnostiqua une carie osseuse et l'opération fut pratiquée le 14 juillet 1897. La peau fut reclusée, le tissu granuleux enlevé et le contenu pateux cureté, le contenu avait l'apparence d'une substance atéromateuse.

Une tumeur mobile, lisse, de la grosseur environ d'une noisette se montra au milieu du contenu.

Cette tumeur avait un prolongement dans le médiastin antérieur passant à travers un orifice uni et rond du sternum de la grosseur d'un crayon.

On enleva une partie du sternum et de la seconde et troisième côte et on mit à nu une cavité d'environ la grandeur d'un œuf d'oie remplie d'une substance douce, pâteuse, brillante et pultacée et d'une tumeur.

En enlevant le contenu on trouva une dent bien formée puis une seconde.

La tumeur ci-dessus mentionnée comprenait 4 polypes de grandeur variée. Le kyste fut drainé.

Pendant les jours suivants le malade toussa et rendit une expectoration sanglante mélangée de substance caséeuse analogue à celle trouvée dans le kyste.

L'expectoration diminua et le malade eût une guérison inattendue. L'examen de la tumeur montra que l'enveloppe des polypes avait non seulement l'apparence mais encore la structure de la peau.

On découvrit de nombreux cheveux fins longs d'environ un centimètre et deux autres dents.

Observation 40. — GRIESHAMMER. — *Festschrift des Krankenhauses, Dresden Friedrichsstadt*, 1899, p. 337 à 345 (Cité par Dang-

chat et Morris). — Femme, 28 ans, se plaignait depuis plusieurs années de dyspnée et de douleurs dans le côté gauche de la poitrine.

L'opération mit à nu un large kyste dermoïde qui touchait la paroi thoracique en avant, en arrière et à gauche. La cavité pleurale était libre d'adhérence et non en relation avec la tumeur, refoulée avec le poumon gauche en haut et en avant en totalité.

Les adhérences à la paroi thoracique empêchaient d'enlever le kyste.

On draina et la malade fut *très soulagée*. La tumeur consistait en une cavité contenant une pulpe sale ; la paroi présentait l'aspect de la peau sans poils.

Observation 41. — MANDELLEAUM. — *A Case of Dermoid. Cyst. of mediastinum (The American Journ. et medical sciences)*. Vol. CXX, p. 64, 1900, in Morris. — F. G. Femme, 30 ans fut admise à l'hôpital du Mont Sinaï le 26 janvier 1898.

Antécédents héréditaires. — 0.

Antécédents personnels. — 0.

Dix mois avant l'admission on remarqua un léger soulèvement à la partie droite et antérieure du thorax, au niveau de la troisième côte. Pas de sensibilité, pas de douleurs, mais parfois rougeur.

Quatre mois après, la proéminence commença à s'accroître soudainement, mais pendant le dernier mois il n'y eût aucun changement. La malade continua à nourrir son enfant et sans la présence d'une tumeur elle pouvait se considérer comme étant en santé parfaite.

Etat actuel. — Suffisamment bon.

Au niveau de la troisième côte droite, tumeur de la grosseur d'une orange avec peau mobile ; elle adhère aux parties sous-jacentes.

La masse n'est ni douloureuse, ni sensible. Elle donne une sensation nette de fluctuation, pas de pulsations. L'aspiration avec un petit trocart révèle la présence d'un liquide jaunâtre, épais, de la consistance du miel. Aucun signe de compression : ni toux, ni expectoration.

Trois jours après l'admission, opération par le docteur Gerster.

Le kyste fut ouvert et un liquide épais, brun, contenant de petites particules de matière graveleuse fut évacué. Le kyste était multiloculaire.

En explorant profondément avec une sonde on vit que la dernière poche incisée s'enfonçait profondément dans le thorax. Au moyen d'une spatule une quantité considérable de liquide épais, caillouteux, calcaire, des tresses de cheveux furent enlevées de la portion intra-thoracique du kyste qui paraissait occuper presque entièrement tout le médiastin antérieur. La membrane du kyste étant attachée au diaphragme, au péricarde et à la plèvre droite.

Cinq jours après l'opération, la base du poumon droit s'hépatisa ; malgré l'arrivée des signes de résolution, la toxémie se développa et la malade mourut le 17 mars 1898.

Autopsie. — Le kyste trouvé à l'opération a été décrit. La face intérieure présentait de petites croissances polypôides couvertes de cheveux et de poils fins et courts. La tumeur adhérait aussi aux gros vaisseaux du médiastin. La membrane ressemblait à la peau et contenait peu de glandes sudoripares, mais un grand nombre de glandes sébacées et de follicules pileux.

Observation 42. — VAN TÖREK. — *Teratom der Brüsthöhle (Fœtus in fœtu)*. Zeitschrift für Heilkunde (Abtheilung für Chirurgie). Bd. XXI, p. 263, 1909, in Morris. — Jeune fille, 4 ans 1/2, entre à l'hôpital le 27 janvier 1900 avec diagnostic de carie costale. 3 ans auparavant elle a eu un abcès au dos.

Opération. — Avec ablation d'une petite pièce costale. Pendant 10 jours douleurs violentes au niveau du dos, où un deuxième abcès s'est probablement formé.

Etat actuel. — Enfant petite, mal nourrie.

En bas et en dedans de l'angle de l'omoplate gauche, il y a une tumeur fluctuante du volume de paume de main, partie au dessus, partie au dessous de la dixième côte.

Pouls et respiration rapide, température normale, 30 janvier 1900 opération.

On pratique l'ouverture d'un kyste qui donne issue à une grande quantité de liquide grassex. A la palpation on trouve au-dessus de la dixième côte, une ouverture du kyste du côté du thorax.

En retirant le doigt, des cheveux apparaissent. On voit dans la plaie la paroi kystique, fermée, ressemblant à de la peau. A cause des adhérences on ne retire qu'une partie de la tumeur.

Cette partie contenait des os et des dents et était couverte de peau.

Le 14 février l'examen révèle une inflammation du lobe droit supérieur. *Mort 8 jours plus tard.*

Autopsie. — A côté des points déjà cités à l'opération on a constaté que la tumeur contenait du cartilage.

Le sac était attaché d'une façon ferme au diaphragme et à la paroi vertébrale. *Mort due à la broncho-pneumonie.*

Observation 43. — FOUCHER. — *Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du poumon* (Thèse de Lille, 1901). — Homme 27 ans. *Antécédents héréditaires* 0.

Antécédents personnels. — Pneumonie à 6 ans.

Depuis ce moment santé excellente. 3 ou 6 mois après accomplissement du service militaire, la maladie actuelle débute avec de la toux. Cette toux présentait des paroxysmes de plus en plus fréquents et accompagnés de vomissements. Dyspnée de plus en plus forte.

Etat persiste pendant deux mois, puis les symptômes diminuent et n'existent plus en juin 1899. A partir de ce moment réapparaissent des symptômes qui progressent avec périodes d'exacerbation alternant avec rémissions plus ou moins longues.

Au milieu d'octobre 1899 le malade a un point de côté très violent et le docteur *Mayet* qui a fourni cette observation trouve tous les signes d'un épanchement pleural très volumineux qui a été résorbé peu à peu. Mais une légère voussure du côté droit du thorax a persisté.

La toux, dyspnée, les vomissements augmentent comme intensité. En même temps la voussure proémine de plus en plus.

Le malade entre à l'hôpital le 10 février 1900

A l'examen on constate que le malade malgré son évacuation est bien développé.

La matité en avant est absolue (fig. 8). Elle s'étend de trois travers de doigt, au dessus de la clavicule et se continue avec la matité hépatique. Le bord du foie ne déborde pas les fausses côtes.

A l'auscultation on n'entend rien au niveau de la zone mate.

En arrière. Percussion et auscultation négatives. On fait une ponction exploratrice au niveau du quatrième espace intercostal juste au dessous et en dehors du mamelon.

Du trocart il s'échappe un liquide épais, jaune verdâtre, présentant

toutes les apparences d'un pus épais avec de petites masses jaunâtres ressemblant à des grains d'actinomyces.

On résèque 6 centimètres de la quatrième côte et on incise la plèvre.

Une quantité de matières épaisse, caséeuse, s'en échappe. Une mèche de petits cheveux apparaît en même temps. Le kyste contenait 2 à 3 litres de matière sébacée. La cavité était limitée par une membrane grise, irrégulière. Le liquide contenu dans le kyste ne contenait pas d'éléments figurés. C'était une émulsion de matières grasses dans un liquide séreux.

Les petits globules jaunes étaient formés de matière grasse, amorphe et contenaient des débris de tissu. Pas de cristaux, pas d'acides gras, pas de cholestérine. La matière était stérile, les cultures négatives.

Au moment de publication de cette observation le malade n'est pas complètement guéri.

La poche, à ce moment, n'a plus que le volume d'une mandarine.

Observation 44. — MEDOEI. — *Berliner klinische Wochenschrift*. Bd. XXXIX, p. 719, 1902. Budapest-Brief, in Morris. — L'auteur a observé un cas de kyste dermoïde chez un nourrisson. Il était situé dans le médiastin antérieur et s'était ouvert dans une bronche, ce qui avait déterminé une expectoration caractéristique : cheveux, cholestérine, graisse à la suite de toux.

Observation 45. — FOFANOW. — *Sluchoï Teratomi, Kazansky meditsinsky Journ.* II, p. 170, 1902. *Ein Fall von Lungenteratom.* *Centralblatt für Chirurgie.* Bd. XXIX, p. 1075, 1902, in Morris.

Le malade avait été admis à l'hôpital avec dyspnée extrême, cyanose de la partie supérieure du corps et œdème de la moitié droite du corps. La mort se produisit peu après l'entrée du malade à l'hôpital.

Autopsie. — On trouve un tératome pesant 1.300 gr. au niveau du poumon droit. Il est constitué par du tissu conjonctif, de la graisse, des os, du cartilage, des cheveux, du tissu musculaire arrangé en diverses combinaisons dans les différentes parties de la masse.

La tumeur contenait de nombreux kystes.

Observation 46. — TURK. — *Wiener klin. Wochenschrift*. Bd. XVI, p. 203, 1903. — *Traitement opératoire par von Eiselberg,*

Sur le traitement des kystes dermoïdes dans le médiastin antérieur.
Archiv. für klinische Chirurgie. — Bd. LXXL, p. 575, 1903. In
Dangschat. — Femme âgée de 51 ans fut admise à la clinique de
Neusser le 20 octobre 1902 avec diagnostic de pleurésie gauche avec
épanchement.

Le thorax était un peu élargi. En avant, la moitié gauche, en
entier, fournissait une matité marquée, de la clavicule à la base du
poumon, s'étendant presque dans l'aiselle gauche et se terminant
dans le voisinage de la ligne scapulaire. Dans la région de la matité,
souffle de compression. Bronchophonie affaiblie, avec égophonie.
Absence de prēmītus vocal.

Le bord inférieur du poumon est mobile. Le médiastin est repoussé
d'environ 4 travers de doigt au-delà de la ligne sternale droite ; le
cœur est près de la ligne mamelonnaire droite.

Rien au poumon droit.

La malade hésitait à entrer à l'hôpital parce qu'elle n'avait aucune
fièvre et se sentait bien. Pourtant elle se plaignait de toux, et de dysp-
née d'effort modérée qu'elle avait remarquée depuis mars 1902.
L'examen radioscopique ne fut pas plus instructif que l'examen phy-
sique. Le 10 novembre une ponction exploratrice est faite sur la
ligne axillaire.

Six essais sans résultat, après la dernière tentative cependant une
goutte d'un liquide épais, blanchâtre, sortit de l'aiguille.

Sous le microscope elle apparut comme étant constituée par de lar-
ges cellules épithéliales, la plupart sans noyau, qui ressemblaient à
la couche cornée de l'épiderme.

On trouvait également des cristaux de cholestérine.

On émit l'opinion que des cellules de la peau avaient pu pénétrer
dans l'aiguille lors des ponctions répétées, et on décida de renouveler
l'opération, mais la malade quitta l'hôpital.

Elle revint le 16 décembre, elle se sentait malade et avait de la
fièvre depuis deux jours.

Les signes physiques n'étaient pas changés, le soir il y avait légè-
res élévations thermiques qui disparurent bientôt.

Le 18 décembre on fit une ponction exploratrice sur la ligne axil-
laire médiane avec une aiguille de 7 centimètres de long.

On ne rencontra aucune résistance, mais on n'obtint pas de liquide.

En la retirant il restait un centimètre cube d'un liquide opaque qui fut expulsé, il avait une apparence épaisse, huileuse et de petites particules en suspension.

Comme confirmation des découvertes précédentes on y trouva des gouttelettes de graisse et des cellules épithéliales avec dégénérescence graisseuse.

Il n'y avait ni globules blancs, ni globules rouges. Ceci permit de faire le diagnostic de kyste dermoïde du médiastin antérieur, et la malade fut envoyée à Vienne, à la clinique du professeur Eiselberg.

L'opération fut faite le 21 janvier 1903, par von Eiselberg.

Résection de 25 centimètres de la troisième et de la quatrième côte, entre les lignes sternale gauche et axillaire antérieure.

En mettant à nu la plèvre, il put voir au travers d'elle une tumeur blanche, par dessus laquelle les feuillets pleuraux glissaient librement.

La plèvre fut ouverte, d'où pneumothorax. On mit à nu une tumeur blanche, légèrement bosselée : la ponction exploratrice donna un liquide blanc.

La tumeur n'avait pas d'adhérences solides, mais elle était trop volumineuse pour qu'on put l'enlever à travers l'ouverture.

Le kyste fut incisé dans la partie supérieure et de plusieurs poches qui furent ouvertes, s'échappa environ 1/4 de litre d'un contenu blanc friable.

Légères adhérences entre la tumeur d'une part, le poumon et le péricarde d'autre part.

Le néoplasme fut enlevé laissant une large cavité dans laquelle on pouvait voir le poumon complètement atelectasié, et le péricarde indemne de toute lésion. Le cœur venait maintenant à gauche.

Les kystes enlevés contenaient une substance grise, graisseuse, composée en grande partie de cellules épidermiques. Ni poils, ni dents, ni os.

L'examen microscopique montra que la membrane des kystes était composée de plusieurs couches d'épithélium cubique.

La convalescence traîna en longueur et les suites opératoires furent plutôt graves, pourtant, l'état de la malade finit par s'améliorer et 2 mois après on apprenait les renseignements suivants :

Malade paraît en bon état : elle a seulement un peu de suppuration au niveau de la blessure qui s'est cicatrisée.

Poumon gauche a repris son volume normal, et on y entend partout le murmure vésiculaire.

Le cœur est également normal.

Observation 47. — PREDTSCHENSHY. — *Kyste dermoïde de la cavité thoracique. Praktichesky Wratch. St-Petersbourg.* II, p. 55, p. 83, 1903, in Morris. — X., femme, âgée de 19 ans, entre à la clinique du professeur Kischkin le 9 septembre 1902 se plaignant de douleurs dans le côté droit et d'une violente dyspnée d'effort.

La maladie actuelle a commencé à la fin de 1900. Depuis l'été 1901 les symptômes avaient été en s'aggravant.

Hémoptysie 10 jours auparavant. Pendant l'été dernier la malade était restée chez elle et avait été améliorée.

Etat actuel. — 1^{er} septembre 1902. — Température normale. Le décubitus latéral gauche provoque une violente dyspnée, entre la deuxième et la quatrième côte droite se trouve une saillie très marquée ; l'expansion est donnée à droite.

Tremitus vocal plus faible à droite et manque au niveau de la saillie.

Pas de douleur à la palpation.

La percussion du sommet droit donne une *matité relative* allant en augmentant jusqu'au troisième espace où *elle est absolue*. A partir de la quatrième côte, elle diminue en allant vers le bas.

En arrière au-dessus de l'épaule droite, le son est *mat* avec résonnance tympanique.

Juste au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, le son est plus clair dans l'aisselle entre les deux barres de *matité absolue*.

Poumon *gauche normal*, à droite, à l'auscultation, murmure vésiculaire affaibli dans toute l'étendue du poumon, avec absence de bruits respiratoires au niveau des barres mates.

Râles secs et murmure vésiculaire rude à gauche.

Toux légère, expectoration muco-purulente, pas de bacille de Koch.

La pointe du cœur est dans le sixième espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure.

A part cela le cœur est normal.

Le bord inférieur du foie descend de deux travers de doigt au-dessous du rebord costal sur la ligne mamelonnaire.

Sang normal.

Ponction exploratrice dans la matité absolue antérieure, 4 jours après l'entrée.

Liquide jaunâtre, épais, contenant des cellules purulentes, des gouttelettes graisseuses, des cristaux de cholestérine *et des détrit*us.

Le 20 septembre, la ponction fut faite sous l'omoplate avec résultat identique.

Diagnostic. — Empyème enkysté.

3 octobre 1902, opération par le professeur Podroff.

Résection de la septième côte dans l'aisselle, on découvre une cavité dont on retire quatre verres d'un liquide épais, purulent contenant des cheveux et des coagula.

9 octobre, on resèque la neuvième côte au niveau de la ligne scapulaire pour drainer la cavité mal vidée à la suite de la première opération.

Un mois 1/2 après la deuxième intervention, la malade était en voie de guérison.

Le poumon droit ayant repris son volume, on examina une partie de la paroi ; elle ressemblait tout à fait à la peau.

Observation 48. — VON EISELBERG. — *Ibid.*, in Morris. — Un enfant de 3 ans fut apporté à la polyclinique d'Albrecht, avec dyspnée violente et cyanose.

L'examen fournit les signes d'une pleurésie gauche avec épanchement et la ponction exploratrice donna un liquide hémorragique.

La mort survint en un temps très court.

Autopsie. — *Kyste dermoïde* du médiastin adhérent lâchement au poumon.

A l'examen microscopique. — Tératome subissant la dégénérescence sarcomateuse.

On trouva de l'os et du cartilage.

Observation 49. — MODELUNG. — *Über Extirpation einer Dermoid des Mediastinum anticum. Beitrag zur Klinischen Chirurgie.* Bd. XLI, p. 217, 1903. in Morris. — X Sous-officier, âgé de 27 ans, fut pris de douleurs dans le côté droit de la poitrine, et dans l'épaule droite en 1884.

Ces symptômes persistèrent pendant 3 ans, le malade était capable de faire un travail léger.

Le 6 avril 1887, on trouve une tumeur dans l'espace sus claviculaire droit.

Ponction le 1^{er} mai. — On évacue un liquide jaunâtre.

A l'incision on put passer une sonde vers le bas, sous le sternum, deux semaines après le malade présenta le soir une élévation de température et une *matité présternale*.

Elle s'étendit graduellement vers le bas, le long du bord droit du sternum.

Intervention. — On réséqua la cinquième côte sur la ligne axillaire le 16 juin, et deux litres d'un liquide séro-purulent s'échappèrent.

Peu après, le patient, homme d'une constitution solide, vint voir pour la première fois l'auteur de cette observation.

La plaie se cicatrisait, une fistule persistait en haut et donnait une légère suppuration.

De temps à autre, de longs cheveux noirs s'en échappaient, souvent roulés en boule.

L'examen à la sonde montra que le sac s'étendait très loin en bas sous le sternum.

Le malade quitta l'hôpital en 1888, dans un état de santé précaire; il mourut le 15 mai 1893 de cause inconnue.

Observation 50. — MADELUNG, *ibid.*, in Morris. — En juillet 1893, X, fillette âgée alors de 6 ans fit une chute et reçut un coup violent à droite sur la face antérieure du thorax.

On trouva les jours suivants tous les signes d'un épanchement pleural droit et l'on pensa à un hemothorax.

Elle fut maintenue au lit pendant trois semaines : l'épanchement disparut, mais l'enfant eut une toux sèche, semblable à celle qui existait avant l'accident.

En juin 1894, il n'existait plus aucun signe d'épanchement.

Le 30 juin de nouveau l'épanchement réapparut dans la plèvre droite.

Ponction exploratrice. — Donne un liquide de mauvaise odeur, et le médecin traitant (docteur Kilian) réséqua une côte au-dessous de l'omoplate droite. Ainsi fut évacué un liquide brun foncé, malpropre, purulent.

La malade entra à la clinique chirurgicale de Strasbourg le 12 juin 1899.

Elle est âgée, à ce moment de 12 ans ; pâle, très émaciée.

La toux fait pencher fortement vers le diagnostic d'empyème ancien.

On fit une radiographie :

Dans la partie supérieure de la moitié droite du thorax le poumon fonctionnait; de trois fistules s'échappait un pus abondant, clair, aqueux.

Opération le 14 juin 1899. — Derrière la deuxième côte, une incision fut faite dans une large cavité située derrière le sternum.

On y voyait une proéminence de la grosseur d'environ l'extrémité du pouce, couverte de peau.

On l'enleva ainsi qu'une autre tumeur adhérente.

La cavité fut remplie de gaze ; la convalescence fut bonne, la température restant toujours normale.

29 septembre 1903. — Les deux poumons étaient sonores. Le murmure vésiculaire était seulement un peu plus faible en arrière, à la base droite aucun autre signe.

La malade âgée maintenant de 16 ans est capable de faire des voyages en montagne.

L'examen histologique du tissu enlevé à l'opération, montra l'aspect de la peau, avec épiderme, follicules pileux et glandes sébacées ; on trouva du cartilage.

Le contenu comprenait de l'épithélium en partie desquamé et de la graisse.

Observation 51. — DANGSCHAT. — *Beitrag zur Genese, Pathologie, und Diagnose der dermoid cysten und Teratome in mediastinum anticum. Beitrag. zur Klinisch Chirurgie*, page 692, 1903. — Le premier cas concerne une fillette de 12 ans qui fut reçue en août 1899 dans la clinique chirurgicale de l'Université de Rostock. Patiente âgée de 12 ans. Auparavant, bien portante et vigoureuse ; commença en septembre 1899 à se plaindre fréquemment de point de côté gauche et de gêne respiratoire temporaire. En avril 1899 elle avait été malade avec les signes d'une pleurésie exsudative gauche et phénomènes de forte compression. Le choc du cœur était perçu à droite du sternum dans le cinquième espace intercostal. La limite de matité

avait une forme excessivement rare pour une pleurésie exsudative puisqu'elle allait en avant de la troisième côte à la huitième côte en arrière en forme d'arc. Après dix jours survint une amélioration avec une forte diurèse, si bien que l'enfant se rétablit. Mais la respiration courte et la toux persistèrent, et après un certain temps quoiqu'il n'y eût pas de fièvre, la matité augmenta de façon à atteindre en avant la clavicule et en arrière la huitième côte. Une ponction faite le 22 juillet 1899 dans le quatrième espace intercostal sur la ligne axillaire gauche antérieure donna 400 cc. d'un liquide semblable à du sérum sanguin. Un soulagement subjectif en fut la conséquence (contrôlé objectivement). La deuxième ponction exploratrice le 31 juillet ne donna aucun résultat. Très rapidement, la moitié gauche du thorax se voussura dans la région comprise entre le sternum et la ligne mamelonnaire gauche, nettement à partir de la deuxième côte, la moitié gauche de la poitrine devint plus volumineuse. La matité atteignit en arrière l'épine de l'omoplate. Dans les derniers jours d'août, avec une aggravation de l'état général et une vive dyspnée, apparut une haute élévation de température jusqu'à 40° pour laquelle la patiente fut conduite à la clinique chirurgicale de Rostock.

Etat. — Fillette maigre, pâle, assez fortement fébrile, très dyspnéique de telle sorte qu'elle doit prendre dans le lit presque la position assise; légère cyanose du visage, pouls assez rapide et petit; — concordance des deux radiales; langue peu saburrale. Le côté gauche du thorax reste fortement en arrière dans la respiration, mais est plus volumineux. A la hauteur du mamelon gauche, la circonférence est de 2 cent. plus grande qu'à droite, le territoire entre le bord gauche du sternum et la ligne mamelonnaire gauche est nettement voussurée vers la droite. Légère dilatation veineuse sur la paroi antérieure du thorax, — aucune stase — de même qu'au cou et au visage et aux extrémités supérieures aucune particularité dans la réplétion veineuse. La voix est nette et claire — image laryngoscopique difficile à obtenir, aucune paralysie des cordes vocales. Jugulaire libre, de même, aucune résistance anormale dans les régions sus et sous-claviculaires, aucune tuméfaction ganglionnaire au cou, dans les aisselles, les aines. Toux sèche, pénible, sans expectoration. *Percussion.* Sonorité est

absolument diminuée en avant du côté gauche, et aussi dans le creux sus-claviculaire ; latéralement matité absolue également, de même en arrière. *En avant* la matité atteint presque le bord droit du sternum. A partir de la troisième côte la matité descend sur le côté droit de la poitrine presque dans le voisinage de la ligne mamelonnaire droite et se perd en bas dans la matité hépatique. Le choc du cœur est visible et perceptible à droite dans le quatrième espace intercostal un peu en dedans de la ligne mamelonnaire droite. Les bruits du cœur sont purs et nets.

Auscultation. — Le murmure vésiculaire est dans toute la moitié gauche du thorax fortement affaibli, à peine perceptible en bas ; *en arrière*, léger ronchus bronchique. La très forte sensation de résistance à la pression est étonnante dans les espaces intercostaux de la voussure de la partie gauche antérieure du thorax. *En bas* la matité du côté gauche part horizontalement du cartilage de la quatrième côte ; le diaphragme n'est pas à proprement parler refoulé ; rate non palpable, non perçue à la percussion.

Diagnostic. — *Tumeur probablement ramollie* et même partiellement *suppurée* ; très probablement kyste hydatique de la plèvre ou du poumon avec pleurésie exsudative et empyème consécutif.

Le 6 septembre 1899 opération sous narcose chloroformique (P. V. Chamisso). Ponction exploratrice dans le quatrième espace intercostal peu éloignée de la ligne mamelonnaire gauche, donne un liquide clair, légèrement jaunâtre, au début clair, puis légèrement trouble dont on aspira 300 cc. Après l'enlèvement de cette quantité aucun liquide ne coula plus ; l'aiguille n'était pas enfoncée profondément. La matité ainsi que le refoulement du cœur ne changèrent pas. Une ponction faite dans le cinquième espace un peu en dedans de la ligne axillaire antérieure ne donne pas de résultat, par contre une ponction faite dans le neuvième espace un peu en arrière de la ligne axillaire postérieure, à la profondeur d'environ 4 cent. donna du pus sentant mauvais. — Là-dessus, *résection de la neuvième côte* sur 6 cent. ; ponction à travers le périoste donne encore du pus ; incision : après incision de la plèvre costale on tombe sur un organe solidement adhérent à celle-ci de surface supérieure lisse, d'apparence musculaire qui ne se mobilise pas par la respiration. L'incision

de cet organe provoque une vive *hémorragie* ; malgré plusieurs ponctions on ne trouve pas de pus. *Là dessus résection d'une partie de la huitième côte* et écartement des parties molles du huitième espace mais plusieurs ponctions ne révèlent *pas de cavité purulente*. Immédiatement sous la plèvre costale après libération des adhérences entre celle-ci et le corps uni, se présentant comme le poumon induré, le doigt de l'opérateur va loin en haut, en arrière et en avant, sans pouvoir nulle part déceler un ramollissement ou une fluctuation. Une ponction dans le cinquième espace entre la colonne et l'omoplate est négative. — Comme le pouls est mauvais et comme la patiente est assez mal et cyanosée, l'opération est interrompue. — Tamponnement entre la plèvre costale et le poumon. — Tamponnement de la plaie.

Au changement de pansement le deuxième jour, suinte de la plaie un pus rare, légèrement brun, mêlé de flocons, qui coule de l'incision faite au poumon comme on le voit par un examen plus attentif. Avec des pinces et le bistouri on ouvre une cavité superficielle ; longue de 4 cent. environ, à parois molles, irrégulières. Entre cette cavité et le système bronchique on ne découvre pas de communication. La plaie *est tamponnée*. Le jour suivant la sécrétion cavitaires est assez forte, l'état général s'améliore, la dyspnée n'existe plus. La température présente de grandes oscillations : le matin 37,2 à 37,7, le soir 40,1. La cavité pulmonaire commence à se combler progressivement, le côté gauche du thorax paraît de même perdre de son volume. Les signes physiques ne changent pas. Cependant il est bizarre qu'avec un refoulement persistant du cœur vers la droite l'espace de Traube reste libre et donne nettement le son stomacal. On ne trouve pas un deuxième foyer pulmonaire, présumé à la suite d'une ponction dans la quatrième espace. Par le refoulement du cœur et les signes physiques concomitants de l'espace de Traube on fut conduit à l'hypothèse qu'il s'agissait bien d'une tumeur du médiastin antérieur ou du péricarde.

C'est pourquoi le 10 octobre on procéda à une deuxième opération (PROFESS. GARRÉ). Ponction dans le quatrième espace sur la ligne axillaire antérieure donna un exsudat sérieux, tout à coup se précipitent dans la seringue des matières épaisses, purulentes. — On incise à cette place, on résèque 7 à 8 cent. de la quatrième côte

de façon que la blessure atteint presque la ligne mamelonnaire en dedans. Par une incision sur la pointe de la seringue on voit sourdre beaucoup de pus ; on arrive alors dans un espace caverneux où le doigt sent en palpant des tumeurs tuberculeuses de la grosseur d'une noisette et d'une petite pomme sans pour le moment en voir la signification. Les tumeurs paraissent molles ne changeant pas par la respiration. Entre les formations tuberculeuses se trouve du pus en abondance. En arrière la cavité est fermée contre l'espace pleural par une épaisse paroi qui se compose soit de la plèvre pulmonaire devenue scléreuse soit du tissu pulmonaire modifié. Un tissu dur. sépare la cavité actuellement ouverte de celle libérée par la première opération. — On réussit à décoller la membrane séparatrice assez loin en haut. Par la plaie opératoire inférieure primitive on conduit un drain épais vers la nouvelle cavité à travers l'ouverture de perforation et après excision de deux petits tubercules, la plaie opératoire nouvelle est tamponnée.

L'examen microscopique du pus retiré de la nouvelle cavité révèle à côté de leucocytes polynucléaires et de streptocoques isolés, de nombreuses cellules épithéliales plates, isolées et en amas. Les deux morceaux excisés montrent sur leur face superficielle un épithélium plat à nombreuses assises, dont les cellules superficielles montrent une kératinisation nette ; sous l'épithélium plat se trouve du tissu cellulaire fasciculé avec et sans formation papillaire, le diagnostic d'un *dermoïde* est ainsi certifié.

La patiente a bien supporté l'opération, son état général s'améliore chaque jour. La sécrétion est très abondante ; progressivement deux tumeurs de la grosseur d'une noix à large pédicule font hernie dans la plaie antérieure et finalement s'éliminent par la plaie. Les cavités paraissent se combler. En arrière, on entend partout un léger murmure vésiculaire, le doigt sent aussi par la plaie postérieure l'expansion inspiratoire du poumon. Les deuxième et troisième côtes se sont bombées en avant progressivement à la limite du cartilage, l'espace de Traube est devenu plus grand. — Malgré tout, les signes sur la moitié gauche du thorax sont les mêmes. La patiente s'est visiblement rétablie, elle a bon appétit, est gaie et journellement reste plusieurs heures en dehors de son lit. — Sur son désir, elle est le 3 décembre 1899 envoyée à un autre traitement polyclinique. —

Avec le traitement polyclinique la patiente se rétablit tout à fait ; le dermoïde sort de la plaie antérieure à la fin de janvier 1900 avec la grosseur d'une petite pomme et montre divers prolongements. En février 1900 la patiente est rapportée à la clinique parce qu'elle a ressenti chez elle de la dyspnée et des douleurs. — L'examen ne donne rien de particulier.

16 octobre 1900. — Nouvelle entrée à l'hôpital avec notice suivante du docteur Biemann-Marlow. Après la sortie du 22 février 1900 la patiente se sentait tantôt bien, tantôt mal, mais la plupart du temps était alitée. Fréquemment elle souffrait et avait aussi des vomissements, si, après avoir mangé, elle avait une quinte de toux.

Elat. — Patiente très fortement amaigrie, d'aspect pâle, anémique. La couche graisseuse a presque entièrement disparu. Musculature très atrophiée. Le cœur est fortement repoussé à droite, la limite droite est entre le bord droit du sternum et la ligne mamelonnaire droite. Les bruits *sont purs*. A *gauche*, le *thorax*, notamment à sa partie inférieure et dans la région axillaire, est considérablement affaissé ; à *droite*, forte voussure de la partie inférieure et forme de *tonneau*. A *gauche* on voit sur la neuvième côte entre la ligne axillaire postérieure et la ligne scapulaire une partie cicatricielle rétrécie d'environ 8 centimètres de longueur au milieu de laquelle apparaît une fistule d'où s'écoule abondamment un liquide séropurulent.

Le *cathétérisme* est possible *latéralement* sur une profondeur de 3 centimètres en suivant le trajet de la côte et provoque une forte quinte de toux. En avant à *gauche*, entre la ligne *axillaire antérieure* et la ligne mamelonnaire fait hernie une tumeur de la grosseur d'un poing d'homme, épithélialisée sur sa face superficielle, munie de prolongements, un peu œdémateuse, que l'on peut poursuivre à l'intérieur dans la cavité thoracique et qui est largement pédiculée ; on voit des tumeurs semblables dans la cavité pleurale en soulevant la tumeur. La sécrétion est relativement forte par l'ouverture thoracique. Sur tout le poumon droit *son tympanique haut* ; tout le poumon droit est fortement emphysémateux. — *Poumon gauche* : au sommet dans la fosse sus-épineuse et dans le premier espace en avant le son est bref avec sonorité tympanique ; respiration rude, râles secs et humides, *expiration prolongée*.

En *arrière* au *dessous* de l'épine de l'omoplate, matité absolue jus-

qu'à la neuvième côte ; à partir de la neuvième en bas, le son redevient normal. Respiration rude en avant de la deuxième côte ; en bas, matité absolue ; aucun murmure vésiculaire. L'expectoration est assez abondante, purulente, avec du sang.

Pendant le séjour dans la clinique, l'expectoration était très abondante ; plus tard elle contenait fréquemment du sang. La sécrétion de la cavité dermoïde était très forte. La tumeur grossissait lentement ; de la plaie thoracique sortaient progressivement de nouveaux noyaux de la grosseur d'une noisette. La patiente devenait de semaine en semaine plus misérable, ses forces déclinaient de jour en jour. La percussion et l'auscultation du thorax ne changeaient pas, sur son désir la patiente fut renvoyée chez elle le 13 janvier 1901. D'un bon rapport ultérieur de M. le Docteur Riemann il ressort que dans la suite l'état général ne s'était pas spécialement aggravé, l'appétit était tantôt bon, tantôt mauvais, à certaines périodes la patiente pouvait rester des journées entières hors de son lit. Les prolongements de la tumeur située en avant de la plaie sont recouverts d'une production blanche, semblable à de la peau à leur surface, assez à vif dans leurs points de contact avec la paroi thoracique. La sécrétion est encore assez forte mais elle a pris un caractère plus muqueux et filant. La partie de la tumeur tournée vers l'aisselle paraît ratatinée au dire de la malade et d'après l'examen objectif. Les parties thoraciques situées en avant, au-dessus de la tumeur, donnent à la percussion un son nettement tympanique, de la respiration bronchique et parfois des râles sonores. En arrière et en haut on entend une respiration obscure avec des bruits bronchiques et craquements. Le choc du cœur est à droite dans le quatrième espace à un pouce en dedans de la ligne mamelonnaire. Plus de fièvre d'après la mère. Toux et expectoration sont modérées. A la Pentecôte en 1902 la patiente eût deux hémoptysies au cours desquelles une certaine quantité de sang rouge clair s'écoula par la plaie.

Observation 52. — DANGSCHAT, *ibid.* — Le deuxième cas concerne une jeune fille de 18 ans qui au mois de juillet 1900 vint à la clinique universitaire chirurgicale de Königsberg. Après une opération heureuse du professeur Eiselberg j'eus l'occasion de voir la patiente dans une présentation clinique.

De l'observation nous tirons ce qui suit :

Marie St., 18 ans, provient d'une famille saine. A eu la rougeole dans l'enfance et depuis jusqu'à la maladie actuelle n'a jamais été sérieusement malade. — En septembre 1899 après une promenade, la patiente souffrit dans le côté gauche de la poitrine ; après quelques jours elle revint à la santé. En décembre 1899 les douleurs apparurent de nouveau sans cause connue particulière. En 1900 pour la première fois, secours médicaux au nouvel an. — Le médecin ordonna aussitôt une friction après l'usage de laquelle une petite amélioration se manifesta. — Depuis, les douleurs ont entièrement disparu. Le médecin appelé en consultation le 29 janvier 1900 constata une amélioration du pouls. Pouls entre 100 et 114. A l'examen du thorax il constate au sommet du poumon gauche une matité qui en avant rejoignait la matité cardiaque et en arrière atteignait presque l'angle de l'omoplate. Le murmure vésiculaire était dans les parties mates nettement affaibli. Dans la suite les douleurs de la patiente augmentèrent, il se manifesta une voussure nette de la région sus scapulaire des creux sus et sous-claviculaires et la résistance à la pression augmenta dans les espaces intercostaux. Au commencement d'avril 1900, une ponction exploratrice fut faite et on retira un liquide jaune, trouble ; une ponction ultérieure donna plus de 500 gr. du même liquide. Comme malgré cela les douleurs augmentaient sans gêne particulière de la respiration, au milieu de mai 1900 dans la maison des Diaconesses de Manenweider, on fit une résection de la troisième côte. — D'une cavité en apparence située dans le lobe gauche supérieur on vida une bouillie graisseuse, fétide, mêlée de longs cheveux. — Depuis, par l'ouverture créée sont encore sortis des matières jaunâtres floconneuses, glaireuses, parfois des tas athéromateux et ça et là de nouveau, des cheveux. Par des lavages avec des solutions antiseptiques on établit que la cavité contenait exactement 1 litre. Le 14 juin 1900 la plaie fut encore élargie sous narcose. Avec le diagnostic : Kyste dermoïde de la partie supérieure gauche du thorax, elle fut présentée à la clinique chirurgicale universitaire de Königsberg. Pendant le temps de son admission la malade n'a aucune douleur particulière, mais elle est très gênée par l'écoulement purulent.

Etat — Jeune fille de complexion grêle en bon état. Cœur sans par-

ticularités. — Pouls 110-120. Le poumon droit donne partout un son plein, normal, aucun bruit anormal. Sur la moitié gauche du thorax on voit un peu en dedans de la ligne mamelonnaire à la hauteur de la troisième côte une petite plaie caverneuse de la grosseur d'une petite noix qui conduit dans la profondeur. Il en sort une sécrétion un peu purulente. La continuité de la troisième côte est interrompue en cet endroit. Les creux sus et sous-claviculaires gauches sont un peu plus bombés qu'à droite ainsi que les espaces intercostaux. Dans la respiration, le poumon gauche reste nettement accolé au poumon droit. A la *percussion* en avant, du sommet à la quatrième côte ; en *arrière*, de l'épine jusqu'à environ 3 cent. au dessus de l'angle de l'omoplate, *son métallique*, avec le plessimètre, *bruit métallique net*. Le son de percussion ne change pas de caractère avec l'ouverture ou la fermeture de la bouche. Dans la partie inférieure de la moitié gauche du thorax on entend un murmure vésiculaire affaibli ; dans la partie supérieure, on entend à peine le murmure vésiculaire.

Diagnostic. — Kyste dermoïde du médiastin antérieur. 24 juillet 1900. Opération (Eiselsberg). Narcose avec mélange de Billroth. Incision en avant, par la fistule à convexité inférieure, commençant au bord sternal gauche, environ à la hauteur de la deuxième côte et gagnant la ligne axillaire postérieure environ à la hauteur de la troisième côte ; résection de la deuxième côte sur une longueur de 15 cent., ensuite résection de l'extrémité postérieure de la troisième côte déjà en partie réséquée sur 18 cent. environ. Finalement résection de la première côte où on enlève à la scie de Gussenbauer un petit morceau de sternum large d'environ 1 cent. sur une longueur de 12 cent. Alors la paroi antérieure du kyste est largement abordable. Incision. La paroi intérieure du kyste ressemble à de la peau ou épiderme, couverte de cheveux par places. La face inférieure répondant au dôme supérieur du péricarde présente une série de petits et grands sillons et des éminences mamelonnées qui portent de riches touffes chevelues. Tandis que le sein est tiré en bas, les vaisseaux sont tirés avec prévoyance en haut dans l'aisselle avec un crochet mousse. On excise de la paroi antérieure du kyste un gros morceau de la grosseur du plat de la main. On voit maintenant, répondant à la paroi postérieure du kyste, le poumon recouvert par la paroi du kyste, s'enfler et s'affaïsser respiratoirement. On tente de créer une cavité lisse en

détruisant au thermocautère quelques uns des sillons et des mamelons décrits. Immédiatement, comme conséquence, les mouvements du cœur s'accroissent fortement; c'est pourquoi on ne pousse pas plus loin l'intervention et tout autour on suture la peau extérieure au revêtement interne du kyste. On introduit ensuite des tampons de gaze iodoformée : 1° contre le médiastin ; 2° contre le péricarde ; 3° contre les gros vaisseaux de l'aisselle et toute la cavité est bourrée de gaze.

Dans les jours qui suivent l'opération le pansement est changé chaque jour, au début il est peu traversé, mais plus tard il contient une abondante sécrétion. C'est pourquoi la cavité est tamponnée de gaze qui auparavant a légèrement été imbibée d'eau chlorée. Un emphysème sous-cutané qui s'était développé le deuxième jour après l'opération dans la cavité axillaire disparut en peu de jours. Au début, température normale, le troisième jour au soir atteignit 38°5 et depuis se maintint le soir entre 38 et 38°5. Le pouls était toujours assez rapide, environ 120 pulsations par minute. Les uniques douleurs de la patiente sont des points dans le dos et le côté gauche. Pas de gêne respiratoire. Jusqu'au 1^{er} août 1900 la cavité s'est remarquablement rapetissée. Le cœur est tiré en haut, de sorte que la base du cœur est au même niveau que le bord le plus inférieur de la plaie. Le jour suivant la région de l'articulation sterno-claviculaire rougit, s'enfle et devient douloureuse à la pression. — 5 août 1900, après s'être endormie tranquillement le soir, la patiente se réveille à 11 heures, sent le pansement humide et le trouve rouge; tout le pansement était imbibé de sang. Après enlèvement de la gaze on vit que cela saignait fortement de l'endroit du médiastin où on avait placé les tampons de gaze iodoformée. La cavité est tamponnée avec de la gaze iodoformée trempée dans une solution de gélatine à 10 0/0, en outre on fait une injection sous-cutanée de solution de gélatine à 5 0/0.

En conséquence de l'hémorragie la patiente est très anémique et se plaint de céphalée. — 7 août. La deuxième hémorragie survient à 6 heures du soir; la perte de sang est très grande. Le sang est *veineux* et provient très probablement de la veine mammaire interne qui par suite d'un processus inflammatoire dans la profondeur vers le médiastin est probablement ulcérée. On verse de la solution de gélatine dans la cavité et toute la cavité est solidement tamponnée de gaze. On injecte également une solution de gélatine sous la peau. Le

pouls est incomptable, petit, la patiente est à demi sans connaissance. Après une injection sous-cutanée de sérum physiologique la patiente se remet assez rapidement. Provisoirement on repousse une intervention opératoire à cause de l'état de la patiente et de la gravité de l'intervention. Peu à peu la patiente se rétablit et le 9 août se sent assez bien malgré l'anémie très prononcée. Le 10 août se produit la troisième hémorragie. A l'inspiration sortit de la cavité un jet de sang veineux. L'hémorragie s'arrêta par la pression du doigt dans la cavité. Malgré tous les moyens pour combattre l'hémorragie la patiente est bientôt sans connaissance et meurt une demi-heure plus tard.

Autopsie. — Corps amaigri avec peau pâle ; sur la moitié gauche du thorax existe de la clavicule, à la quatrième côte une plaie profonde qui traverse le tégument et la cage thoracique et conduit jusque dans la profondeur de la cavité thoracique gauche. Les bords de la peau sont renversés et unis. Dans le fond de la plaie thoracique se voit une formation recouverte d'épithélium et de cheveux blond foncé ; en haut et en arrière se voit un revêtement uni et blanc qui se continue avec la peau extérieure. Le pannicule adipeux est encore assez bien développé, la musculature est rouge pâle. Le dôme du diaphragme à droite, est sous le bord de la quatrième côte, à gauche dans le cinquième espace intercostal. La résection de la paroi thoracique gauche concerne les première, deuxième et troisième côtes.

Après enlèvement du sternum le poumon droit se rétracte très bien, le cœur est dans une dilatation normale. A gauche, dans la cavité pleurale inférieure le poumon est fixé par des adhérences cellulaires lâches. En haut et en avant, le poumon gauche est adhérent avec une tumeur dure qui atteint immédiatement du bord sternal gauche la paroi costale gauche ; qui reste en bas éloignée de 5 centimètres de la pointe du cœur et arrive en haut dans la cavité libérée par la thoracotomie. La paroi du kyste atteint le sommet de la cavité pleurale gauche tandis que le poumon gauche comprimé est situé contre la paroi thoracique postérieure à côté de la colonne vertébrale et paraît refoulé en entier vers le bas. Les deux lobes pulmonaires sont reliés entre eux par des adhérences de tissu cellulaire. De semblables adhérences relient la plèvre du lobe supérieur à la plèvre médiastine, en passant sur la tumeur. Le kyste dermoïde est recouvert à gauche

par la plèvre médiastine sur laquelle de nombreuses petites hémorragies sont visibles. Le cœur montre sur le tronc de l'artère pulmonaire des épaississements tendineux blancs du péricarde et entre le tronc de la pulmonaire et le péricarde pariétal des cordes tendineuses formant un réseau. En sortant les organes thoraciques on voit que l'articulation sterno-claviculaire gauche est détruite, le cartilage est nécrosé. Sous la clavicule se trouve immédiatement un caillot sanguin mou et décoloré, ensuite une cavité à paroi mal colorée qui se continue en arrière avec le tronc veineux innommé. Au-dessus de cette cavité se montre un autre diverticule rempli de masses hémorragiques et de vieux caillots et qui se continue sous la clavicule et l'artère sous clavière gauche jusque dans le creux de l'aisselle. Après ablation, la tumeur se présente comme un sac de la grosseur d'une tête d'enfant recouvert partout d'épithélium et qui contient dans sa profondeur des parties dures. Elle présente une surface raboteuse, mamelonnée et sur ces mamelons se tient la production chevelue déjà mentionnée. Seulement en quelques points l'épithélium est remplacé par du tissu granuleux rouge. A la coupe par en bas on voit sous l'épithélium du tissu grasseux et sous celui-ci en un point un noyau osseux et une tache pigmentée de la grosseur d'un grain de poivre. Le cœur forme une boule anormalement étroite, il est comprimé au niveau de sa partie gauche. Musculature cardiaque brun pâle, flasque, valvules libres. Le poumon droit contient partout de l'air, crépite, il est libre d'adhérences et assez pâle.

A l'incision, tissu exsangue, en partie gris, en partie rouge-gris. Le poumon gauche, montre aussi un tissu très exsangue et contenant peu d'air. Les autres organes offrent tous le tableau d'une forte anémie, mais ne montrent aucune modification pathologique.

L'examen de la préparation anatomique ne fut bien fait par les privats-docents docteurs Askinazy et Rautenberg. La description de celle-ci et de son examen anatomique a paru sur ces entrefaites dans une publication de Rautenberg à laquelle j'emprunte ce qui suit :

Le kyste dermoïde appartient au médiastin antérieur, il est solidement adhérent au poumon gauche et atteint en bas presque la pointe du cœur ; on ne peut pas en haut la limiter dans le tissu cellulo-graisseux médiastinal. La sortie des gros vaisseaux du cœur est recouverte

par la tumeur. L'artère carotide gauche court en une courbe légère sur le dôme de la tumeur ; l'aorte est presque passée en pont par la tumeur au point, où la crosse se change en aorte descendante.

La tumeur elle-même est de la grosseur d'une tête d'enfant longue de 18 cent. environ, large de 9 cent., épaisse de 7. La cavité est partout recouverte d'épiderme qui par places est remplacé par du tissu de granulation rouge. La paroi présente par endroits des bosses dans la cavité. Une bosse particulièrement grosse se trouve dans la moitié inférieure du kyste. Les mamelons portent des cheveux de 1 à 1,5 cent. de long. La surface d'incision de la base de la tumeur laisse reconnaître sous la peau de la grosse tuméfaction, un pannicule adipeux épais de 1,5 centim. dans lequel se tient en arrière un morceau d'os large de 1,1 cent. et haut de 1,2 cent. et qui est compact du côté de la surface intérieure du kyste, est plus spongieux en bas et est traversé par des espaces de moelle. En outre se trouvent là plusieurs cavités à parois lisses. Un corpuscule cartilagineux de 7 mm. de long est adjacent à un kyste à paroi unie et à l'os déjà mentionné. Un autre morceau d'os et plusieurs morceaux de cartilage sont encore sur le côté opposé au kyste à paroi unie. L'examen microscopique a donné le résultat suivant :

En dehors d'un tégument bien développé avec tissu cellulairesous-cutané on trouve encore de l'épithélium pavimenteux stratifié, de l'épithélium cylindrique avec glandes, de l'épithélium vibratile stratifié, des glandes muqueuses du cartilage, de l'os avec périoste, des ostéoblastes, du tissu de moelle et ostéoclaste, des fibres musculaires lisses, des fibres musculaires striées, des ganglions avec grosses cellules ganglionnaires, des fibres nerveuses de la substance nerveuse centrale avec grains cérébraux du tissu névroglie et des cellules nerveuses.

Quoique ces tissus de toute sorte, écrit Rautenberg, se pénètrent sans ordre, on ne pouvait pas cependant méconnaître une disposition organique. L'union d'épithélium vibratile avec glandes muqueuses, sous-muqueuses, morceaux de cartilage et couches de musculature lisse montraient la disposition du tractus respiratoire. En outre se trouvaient aussi des formations qui rappelaient vivement le tractus intestinal : épithélium cylindrique, fréquentes cellules en coupe, glandes (cryptes de Lieberkühn), tissu lymphatique et follicules, en

autre couches de fibres musculaires lisses. Mais la chose la plus importante est la découverte de substance nerveuse centrale avec cellules ganglionnaires, tissu névroglie et des fibres nerveuses.

A la partie postérieure de la tumeur se trouvait voisin du revêtement épidermique un abondant tissu lymphatique avec corpuscules de Hassal, sans aucun doute tissu thymique.

Voilà les deux observations. Avant de les interpréter, je veux en raison de l'intérêt présenté par les dermoïdes du médiastin antérieur, rapporter brièvement les cas semblables que je connais dans la littérature.

Observation 53. — WARTIN. — Dans le musée pathologique de l'Université de Michigan, il existe une pièce d'un teratome malin du médiastin, montrant des *zones dermoïdes*.

Wartin rapporte ce cas en son entier.

Observation 54. — STOSTOK. — *Dermoid cyst of the anterior mediastinum* *Wratschebnaja Gazeta St-Petersburg*, XI, p. 1087, 1904, in Morris. — Femme, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Simbirsk le 20 juillet 1903.

Elle se rappelle avoir eu une tumeur dans la région jugulaire depuis l'enfance.

Un an avant son entrée, elle a commencé à tousser violemment.

Il y a trois semaines, elle prit froid et la tumeur commença à croître rapidement, occasionnant de la dyspnée et de la dysphagie.

La malade se plaignait de frissons et fréquemment de l'engourdissement dans la main droite.

Etat actuel. — La malade est pâle et chétive avec un peu de cyanose des muqueuses.

Le pouls est identique dans les deux radiales.

Le cou est épaissi et irrégulier.

Il existe en *avant* et en *bas*, une tumeur de la grosseur du poing d'un homme qui s'étend à droite et se continue avec une *autre* située au-dessus de la clavicule.

Elle a des pulsations synchrones avec le pouls radial.

La peau est mince et les veines superficielles sont dilatées.

Dans la région de l'épaule droite, il existe une saillie.

Les limites respiratoires manquent en avant et en bas jusqu'à la troisième côte et en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Percussion. — Donne en avant une matité qui vient se confondre avec celle du cœur

Poumons semblent normaux.

L'auscultation du cœur ne donne rien.

Ponction exploratrice ramène du pus légèrement jaunâtre.

Une large incision faite à deux travers de doigt en dehors de la ligne médiane au niveau du cou, donne trois verres d'un liquide purulent mêlé à de petits coagula jaunâtres et à un paquet de cheveux.

Le doigt introduit dans la plaie descend dans une cavité en arrière de la clavicule. On ne peut en atteindre le fond.

En arrière le doigt entre dans une poche séparée, la cavité fut drainée.

Le 4 août 1903. la malade mourut. Pas d'autopsie.

Observation 55. — ROGER S. MORRIS. — *A. B. M. D. of ann. Arbor. Mich. Instructor in medicine in the university of Michigan* (in extenso). — C. R. homme, âgé de 23 ans, américain, célibataire, employé au chemin de fer, vint à la consultation externe de l'hôpital de l'Université, le 19 juillet 1904, se plaignant de toux et d'une expectoration fétide très abondante et d'hémorragies pulmonaires.

En me basant sur certains points de son histoire, et sur l'examen objectif, je portai le diagnostic probable de kyste dermoïde du médiastin, hésitant à faire un diagnostic précis, car je n'avais pas vu de cas semblable.

On conseille au malade d'entrer à l'hôpital : il ne put le faire à cette époque, mais le 27 juillet 1904, il revint et fut admis dans le service de médecine.

Voici l'observation qui fut recueillie :

Antécédents héréditaires. — Père vivant en bonne santé.

Mère a eu des troubles gastriques pendant presque toute sa vie, mais sa santé est actuellement bonne.

La malade a deux frères et trois sœurs en très bon état.

Une des tantes du côté paternel mourut d'hémorragies pulmonaires et d'hydropisie, on n'a jamais su exactement quelle était sa maladie.

Antécédents personnels. — Bien portant pendant son enfance à part rougeole, varicelle et une légère atteinte de diphtérie.

A 12 ans il eut une diarrhée qui dura environ une année.

Depuis, le malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'apparition de la maladie actuelle.

Histoire de la maladie. — Il y a 9 ans environ, le patient eut une pneumonie gauche sévère, suivie d'une sensation de constriction thoracique et de douleur à la respiration.

Cette douleur était localisée à une zone de la grandeur de la main au niveau de la région précordiale.

D'ailleurs avant sa pneumonie le malade avait été frappé dans la région du cœur par un ivrogne et il imputait la pneumonie qui apparut quelque temps après, au coup qu'il avait reçu.

Entre le moment où il fut frappé et le développement de la pneumonie il eut une douleur névralgique dans la région précordiale avec irradiation vers l'épaule gauche.

Un an plus tard il eut une nouvelle attaque de pneumonie qui dura environ 8 semaines.

Pendant un accès de toux il expectora une grande quantité de pus d'un seul coup, près d'un 1/2 litre, l'abcès ou l'empyème se vida trois fois en 3 ou 4 jours.

Ce pus, au dire du malade, était jaune, demi fluide. La guérison arriva cependant et la santé devint meilleure, mais la toux et l'expectoration persistèrent. Quatre ans après, hémoptysie grave qui se reproduisit quelquefois depuis.

Ces hémoptysies étaient provoquées par des crises sérieuses de toux et de dyspnée. De temps à autre, elles atteignaient à peu près une pinte comme quantité.

Pendant les trois dernières années, crachats d'odeur repoussante.

En mars 1904, il consulte pour sa santé; on diagnostique un empyème et on conseille l'intervention.

Le patient ne suivit pas ce conseil.

L'examen des crachats pratiqué à cette époque fut négatif au point de vue des bacilles de Koch.

Pendant quelque temps l'expectoration contient des cheveux de 1 à 6 pouces de long.

Depuis mars dernier, il y a quelques douleurs dans le côté droit du thorax.

L'abondance de l'expectoration augmente dans le décubitus. Le malade n'a pas maigri.

Etat actuel. — *Juillet 1904.* — Température normale depuis l'admission. A 8 heures du matin. 20 respirations par minute. Pouls à 72, ample, régulier. Pression artérielle normale. Pas d'adhérence.

Embonpoint convenable.

Etat général bon. Le malade est petit, court, mais trapu.

Peu de graisse sous-cutanée, mais des muscles solides.

La peau a une bonne apparence ; elle est lisse, sèche et élastique.

Pas d'œdème des membres inférieurs, pas de raideurs articulaires.

Il existe une légère adénopathie sus-claviculaire, et sterno-mastoïdienne.

Les pupilles sont égales et réagissent bien, les sclérotiques sont claires légèrement bleues, les conjonctives et les lèvres ont bonne couleur ; les dents sont en bon état ; la langue est large, nette et humide.

Le cou est normal, le thorax bien formé, le côté gauche était peut-être légèrement plus ample que le droit ; l'angle épigastrique est à peu près de 90°.

L'expansion thoracique est plutôt petite, légèrement moindre à gauche, surtout dans la respiration profonde.

La différence est plus appréciable dans la partie supérieure du thorax.

Les clavicules font une égale saillie en avant.

A la percussion. — Les sommets des deux poumons remontent au même niveau ; ils dépassent la clavicule d'un pouce $1/8$.

Au-dessus de la deuxième côte, le son de percussion est le même des deux côtés.

Au-dessous, la sonorité est plus grande à droite. Matité relative à gauche.

La ligne supérieure de cette matité obliquait en bas jusqu'à la ligne axillaire gauche.

L'espace de Traube est sonore.

Le bord supérieur du foie est à la sixième côte sur la ligne mammaire droite, et suit l'horizontale, tout autour.

Dans l'inspiration profonde, le poumon descend jusqu'à la septième côte.

A l'auscultation, au *dessus* de la clavicule droite, on note un murmure vésiculaire, plutôt rude avec des sibilances de haute tonalité à l'inspiration.

Sous la clavicule, on entend dans tout le côté *droit*, un murmure vésiculaire sans bruits alvéolaires.

A gauche, au *dessus* de la clavicule, la respiration est dominée par des ronchus sonores, à l'inspiration et à l'expiration.

Sous la clavicule, le murmure vésiculaire est rude et accompagné par des râles secs d'intensité moyenne, dont les vibrations sont senties à la palpation.

Sur une ligne, allant du mamelon gauche au bord antérieur de l'aisselle, le murmure vésiculaire est très faible, et vers la fin de l'inspiration, on entend des râles crépitants peu nombreux.

La résonance de la voix parlée est légèrement affaiblie entre la deuxième et la quatrième côte gauche : les vibrations vocales manquent à ce niveau.

En arrière. — La sonorité est la même des deux côtés, à la percussion.

Au dessous d'une ligne passant par l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale on trouve à gauche une matité relative qui continue celle qu'on a décrite dans l'aisselle. Il n'y a rien d'autre à la percussion.

Le bord supérieur de cette matité ne varie pas avec la position du malade.

L'auscultation révèle un murmure vésiculaire normal à droite et à gauche jusqu'à l'aire mate où il est diminué.

Le frémissement vocal est légèrement affaibli en bas, à gauche.

Cœur. — La pointe est bien sentie dans le quatrième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire.

Une légère pulsation assez forte cependant pour être perçue, se rencontre dans les deuxième et troisième espaces au début de l'examen.

La matité absolue de l'organe commence à la quatrième côte et s'étend en dehors jusqu'à la pointe.

A droite, elle s'étend jusqu'au bord gauche du sternum ; à gauche

et au-dessus de la matité absolue, c'est la matité relative obtenue au-dessus du poumon.

A l'auscultation. — Bruits du cœur, modérément forts et clairs.

Le second bruit pulmonaire est dédoublé et renforcé.

La plèvre est au même niveau que les côtes ; il semble normal.

Les parois sont résistantes, rendant la palpation difficile.

On ne sent ni le foie, ni la rate. La percussion ne donne rien.

Le 27 juillet : l'examen du sang donne 9.256 leucocytes.

Urines normales.

Crachats examinés le 31. — Gris blanchâtres, avec une mauvaise odeur analogue à celle des œufs pourris. Se séparaient en trois couches.

Pas de bacilles tuberculeux, ni de fibres élastiques.

Plus tard on y trouva un cheveu, qui comparé à ceux du malade, semblait plus clair et plus fin.

Examen radioscopique du thorax. Ombre légère du côté gauche en haut. Au-dessous d'une ligne passant par l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale jusqu'à la onzième ombre épaisse, mais la radiographie était mauvaise.

Injection de 10 milligrammes de tuberculine, pas de réaction.

Le diagnostic de ce cas reposa sur l'histoire des cheveux expectorés en même temps que sur l'état du côté gauche du thorax dont les signes objectifs pouvaient s'expliquer facilement par une tumeur du médiastin occupant surtout le côté gauche et séparée de la paroi thoracique par une couche de tissu pulmonaire modérément mince.

Après un court séjour dans le service de médecine le malade fut envoyé à la clinique chirurgicale, où l'on conseilla une intervention opératoire.

Certaines raisons la rendirent impossible à cette époque, et le patient signifia son intention de revenir plus tard pour l'opération.

Très récemment (nous dit l'auteur) j'ai appris (janvier 1905) que le malade pendant un séjour à Chicago, demanda l'avis du docteur Senn Nicolas, aux soins duquel il se confia.

Observation 56. — BELNI. — *Observation d'un cas rare de kyste dermoïde du médiastin (Pneumectomie partielle)*. Paris, 1900. — Il s'agit du malade déjà opéré par Dardignac. Malade vigoureux, pèse 67 kilos.

Poitrine normale comme forme.

Un peu au-dessous de la quatrième côte on voit un bourgeon charnu, rouge vif, duquel s'écoule par gouttes un pus hématique, noirâtre, extraordinairement fétide.

Un stylet serré dans la paroi pénètre à près de 12 cm.

Son introduction produit de violents efforts de toux suivis eux-mêmes de l'expulsion de pus semblable à celui qui s'échappe de la fistule.

Nous introduisons, à l'aide d'une seringue de Roux, un peu d'eau bouillie, mais cette introduction est suivie d'un accès de toux si violent que le malade faillit asphyxier.

La respiration presque normale en arrière, ne s'entendait en avant que jusqu'à la troisième côte.

Tous les autres organes étaient sains.

Opération le 8 juin 1898. — Incision en H. dont la barre transversale passe exactement par la fistule on découvre ainsi les deuxième, troisième, quatrième et cinquième côtes. On les coupe sans les avoir respirées.

On tombe alors sur une surface d'environ 7 centimètres carrés formée de brides fibreuses et de tissu cicatriciel.

Après introduction d'une sonde cannelée dans l'orifice fistuleux, le docteur Belin fendit de bas en haut le trajet et pénétra dans une poche d'où s'échappa un magma puriforme d'odeur fétide rempli de morceaux de matière sébacée entremêlés de touffes de poils roux.

Un lavage fut tenté, mais mal supporté. On se contenta alors de nettoyer la poche avec des compresses coiffant l'extrémité de l'index.

Poche très irrégulière; elle reposait sur le diaphragme en bas et en haut, elle s'étendait contre le poumon, transformé en moignon fortement ablutaire.

Impossible d'extirper cette poche qui adhérerait intimement aux tissus du voisinage.

On se contenta donc d'aviver avec une curette les bords de l'orifice profond de la fistule et de faire au catgut une suture en bourse recouverte d'un surjet, on bourra ensuite la poche avec de la gaze iodoformée et on rabattait les deux volets musculo-cutanés.

Suture de la peau aux crins et pansement compressif.

Les suites furent d'abord assez dramatiques.

La température atteignit 40 le soir des trois premiers jours.

Il s'écoula une énorme quantité de pus jaune verdâtre.

Mais la toux cessa et la fistule paraissait alturée.

La température tomba le onzième jour, les fils furent enlevés le treizième et l'on commença alors les lavages qui furent bien tolérés.

Le malade quitte la clinique le 13 juillet, c'est-à-dire 35 jours après l'intervention.

En septembre 1898, l'état général était parfait, mais la fistule suppurait toujours, quoiqu'on ait épuisé toute la gamme des antiseptiques, on fit une *nouvelle opération* le 2 juin 1899.

Même incision cutanéomusculaire que la première fois. — Excision du plastron costal.

Cette excision ouvrit d'emblée la poche que l'on retrouva avec la même physionomie anatomo-pathologique que la première fois.

Au milieu, verticalement poussait comme un cône renversé le lobe inférieur du poumon droit qui refoulait la poche, lui adhérait intimement et était à nouveau recouvert de poils épais, blanchâtres, longs de 2 cm. 1/2 environ. Un magma sébacé s'était reproduit.

Extirpation de la poche impossible.

L'auteur parvient à pédiculiser le lobe pulmonaire atelectasié. Section de ce pédicule après angiotribsie.

Avec beaucoup de difficultés on put marsupialiser la poche et après l'avoir fixée à la paroi, on la curetta dans toute son étendue.

Hémorragie assez abondante qui cède au tamponnement.

L'auteur bourra la poche de gaze stérilisée.

La paroi s'effondra définitivement, et aujourd'hui le malade est définitivement guéri, car la surface s'est peu à peu épidermisée.

Le morceau de poumon ainsi réséqué pesait 212 grammes.

Il existe actuellement, dit l'auteur, un enfoncement de la poitrine en entonnoir, mais l'état général est parfait. W. fait de la bicyclette, monte des étages, sans jamais être essoufflé.

Observation 57. — RENON, DELILLE ET NANDROT. — *Kyste dermoïde multiloculaire, énorme du médiastin antérieur chez une jeune fille de 22 ans.*

(Voir l'observation inédite du début).

CHAPITRE PREMIER

Grâce à ces observations rapportées aussi fidèlement que possible, nous essaierons d'esquisser une sorte de revue générale des kystes dermoïdes du médiastin, au point de vue anatomique, clinique et thérapeutique.

ÉTIOLOGIE

Ces tumeurs kystiques ne sont pas fréquentes, nous avons pu déjà nous en apercevoir.

Leur rareté apparaît surtout par la lecture des statistiques ayant trait aux tumeurs du médiastin en général.

Sur 36 cas publiés par Rigel, 3 seulement sont des kystes dermoïdes.

Sur 288 cas rapportés par Rahre en 1889, il n'y a que 10 tumeurs qui nous intéressent.

Les autres statistiques donnent à peu près le même pourcentage.

Pourquoi cette rareté ? Nous ne le savons pas, et les explications qu'on a voulu en donner sont toutes mauvaises.

Le *sexe* paraît sans influence : dans les 57 observations que nous rapportons, il est indiqué 49 faits parmi lesquelles nous trouvons 25 femmes et 24 hommes.

L'âge au contraire joue un rôle considérable. Dans 47 cas il

en est fait mention et l'on arrive au résultat suivant : 29 observations, c'est-à-dire 63 0/0, se rapportent à des malades entre 18 et 30 ans.

4 cas de 1 à 10 ans.

6 — 31 à 40 ans.

5 — 41 à 60 ans.

1 — 61 à 70 ans.

Mais, si nous recherchons plus attentivement la date exacte de l'apparition de la tumeur, nous voyons que nombre de cas observés après 31 ans, avaient en réalité manifesté leurs premiers symptômes avant cette époque.

Le plus jeune malade, un nourrisson, est celui de Medoei, le plus vieux, celui de Foa, a 61 ans.

Cette concordance dans la majorité des cas, de l'apparition des troubles fonctionnels dûs à l'accroissement du kyste dermoïde avec les premières années de l'âge adulte n'est pas sans intérêt.

Nous retrouvons en effet la même particularité pour les dermoïdes de l'ovaire, et nous pouvons en conclure, comme d'ailleurs, nos observations le montrent, que la puberté est un facteur des plus importants du développement rapide, subit même de ces kystes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le volume des dermoïdes du médiastin est des plus variables.

Les plus petits sont environ de la grosseur d'une noix, tandis que souvent ils atteignent les dimensions d'une tête d'enfant qu'ils peuvent même dépasser ; mais jamais on n'avait observé un cas semblable au nôtre par le volume.

Les plus petits siègent directement dans le médiastin pendant toute leur existence, les autres naissent dans cette région, mais par suite de leur accroissement ils ne tardent pas à

franchir les limites de cet espace pour prendre place dans la cavité thoracique proprement dite en refoulant les poumons latéralement, le diaphragme en bas, et le cœur à droite ou à gauche suivant les cas.

Le plus fréquemment par leur paroi antérieure ils répondent à la moitié supérieure du sternum qu'ils débordent soit d'un côté, soit des deux, mais toujours d'une manière asymétrique.

Sortant du médiastin proprement dit, ils peuvent envoyer des prolongements en divers sens ; par exemple, en bas dans le cul-de-sac pleural costro diaphragmatique ou plus fréquemment en haut et après avoir franchi l'ouverture supérieure du thorax, ils donnent l'impression d'une tumeur de la base du cou.

Dans tous les cas, on a pu noter des adhérences entre la tumeur et les organes de voisinage. Le plus souvent, avec *les plèvres*, puis par ordre de fréquence avec le péricarde, la paroi thoracique, les gros vaisseaux. /

Le cas que nous rapportons était typique à ce point de vue, car le kyste avait à la fois contracté toutes ces sortes d'adhérences.

La nature de celles-ci est très différente suivant les cas : souvent cellulaires et probablement toujours au début, elles deviennent fibreuses, et au bout d'un certain temps sont assez solides pour rendre l'extirpation complète, souvent impossible.

Dans notre observation, les adhérences avec la plèvre n'apportaient pas un obstacle sérieux, mais la fusion avec le péricarde et les gros troncs veineux était complète.

L'épaisseur de la paroi du kyste est également très variable, ne dépassant pas quelques millimètres dans quelques cas, elle atteint dans d'autres plusieurs centimètres. Ces différences s'observent d'ailleurs sur la même tumeur, quand elle est multiloculaire. Nous voyons en effet, dans notre observation

deux poches dont la paroi est de 3 à 4 millimètres et une troisième ayant 7 centimètres environ. Dans cette paroi on peut trouver du cartilage, de l'os et des dents.

La présence des dents est notée dans 8 de nos observations, avec un nombre variant de 1 à 7.

L'os coexiste en général avec le cartilage : ce dernier se présente parfois sous forme d'ilots considérables, d'autres fois ces ilots sont très petits et disséminés.

Le tissu osseux se dispose en lamelles plus ou moins larges, plus ou moins abondantes ; il peut parfois prendre des dimensions beaucoup plus considérables, témoin le cas de Gordon, où l'os ressemblait tout à fait à un maxillaire supérieur de taille presque normale. Dans toutes les pièces décrites, la partie interne de la paroi ressemblait à de la peau, et l'examen microscopique a toujours vérifié cette impression première.

Un certain nombre de tumeurs présentaient au niveau de leur paroi interne des excroissances en forme de doigt ou polypoïdes.

Les kystes dermoïdes du médiastin ne présentent en général qu'une seule cavité, dont une partie est parfois solide. Sur nos 57 observations, dans 6 cas seulement, dont le nôtre, le kyste était multiloculaire.

Ces poches contiennent presque toujours du liquide dans lequel flottent des masses ou coagula, grasseux, friables.

Ce contenu dont la masse totale atteignait dans notre observation le chiffre formidable de 7 à 8 kilos, est le résultat de la desquamation des cellules épithéliales à laquelle s'ajoutent la sécrétion des glandes sébacées et sudoripares, et les poils tombés. Ceux-ci sont en effet tout d'abord implantés dans la paroi : ils se présentent soit en touffes, soit à l'état isolé, avec les caractères les plus variables de couleur, longueur, finesse, etc.

Assez fréquemment on a trouvé du pus, peu virulent il est vrai, dans une partie de la collection. Selon toute apparence,

il était dû à une infection de voisinage dans quelques cas, par exemple, à la suite de la communication avec une bronche, mais dans des cas plus nombreux, à notre avis l'infection avait été apportée par les ponctions exploratrices répétées.

Dans toutes les observations où l'on fit une étude microscopique « soignée de la tumeur », on retrouva la structure de la peau avec de l'épithélium pavimenteux stratifié et très fréquemment des glandes sébacées, des follicules pileux et des glandes sudoripares. En outre, le cartilage est presque toujours hyalin ; le tissu osseux se montre avec ses travées, ses canaux de Havers et quelquefois de la moëlle, comme dans plusieurs de nos préparations (1). On trouve également souvent des fibres musculaires lisses en abondance, et dans le contenu, de petites gouttes de graisse et des cristaux de cholestérine.

A côté de ces kystes nous offrant toutes ces particularités, et par conséquent déjà complexes, il en est d'autres, où la complexité atteint son maximum. Tout d'abord, plusieurs variétés d'épithélium peuvent se présenter.

Dans notre cas, en particulier, certaines préparations possèdent de l'épithélium cubique assez peu élevé ; d'autres, de l'épithélium cylindrique très haut ; dans 2 ou 3 observations que je rapporte, cet épithélium cylindrique était même à cils vibratiles.

De plus, quelquefois on trouve des fibres musculaires striées, c'est un fait fréquent, et enfin on voit parfois apparaître certaines variétés de tissus que l'on était loin de s'attendre à trouver.

C'est ainsi que dans notre observation inédite la présence de thymus est indiscutable (2).

Cet organe aurait été également rencontré par Pinders (obs. 16), et par Marchand (obs. 13).

1. Voir planche n° 3, fig. 2.

2. Voir planche n° 3, fig. 1.

Dans l'observation 38 due à Ekehorn on a trouvé la plupart des éléments microscopiques du tube respiratoire.

Et dans le premier cas du même auteur (obs. 37), on a pu voir de véritables ganglions nerveux.

Van Török (obs. 42) prétend avoir découvert dans ses préparations des ébauches de véritables anses intestinales et enfin Dangschat (dans l'observation 32) mentionne les éléments du tractus respiratoire, du tube intestinal, puis de substance nerveuse d'origine centrale. Il aurait retrouvé des cellules ganglionnaires avec tissu névroglique et fibres nerveuses. Il s'agit dans cette observation d'un embryôme complet.

Les kystes dermoïdes du médiastin sont donc extrêmement dissemblables au point de vue de leur structure, et leur interprétation au point de vue de leur pathogénie est assez difficile à établir.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur cette question, parce qu'elle est extrêmement controversée d'une part, et que d'autre part nous n'avons aucune compétence particulière.

Nous nous contenterons d'esquisser les théories qui règnent actuellement, et qui d'ailleurs sont loin de donner une satisfaction complète à la critique.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

« Les kystes dermoïdes du médiastin antérieur se développent presque toujours dans une région bien déterminée, toujours la même.

On les trouve dans une zone limitée en bas par la face antérieure du péricarde, en arrière par les vaisseaux de la base du cœur et la bifurcation trachéale ; en haut par la base du cou, en avant par le sternum avec ses cartilages costaux satellites ; sur les cotés par les bords antérieurs des poumons » (1).

Il est donc à peu près certain qu'ils ont tous la même origine. Quelle est-elle ?

Aujourd'hui un grand fait est acquis d'une façon indiscutable. C'est leur congénitalité, théorie reprise et démontrée magistralement en 1886 par Lannelongue et Achard (2).

Mais ce point capital mis de côté, et accepté par tous, il n'y a plus aucune entente pour interpréter l'origine véritable de ces tumeurs.

Laissant de côté la vieille théorie de l'hétérotopie plastique

1. Marfan, *Gazette hebdomadaire*, 1891 (15 août).

2. Lannelongue et Achard. *Traité des kystes congénitaux*, 1886.
Nandrot

soutenue par Lebert à la Société de Biologie en 1852 et acceptée par quelques auteurs dans les années qui suivirent, mais abandonnée par tous aujourd'hui, nous nous contenterons d'exposer aussi rapidement et clairement que possible les théories, qui règnent encore en Allemagne surtout, et qu'on oppose les unes aux autres.

Nous emprunterons dans cet exposé des documents aux travaux de Pflanz, de Ekehorn et de Dangschat qui d'ailleurs sont assez nuageux et aboutissent à des conclusions opposées.

Première théorie. — « Les kystes dermoïdes du médias-tin sont dûs à un enclavement du tégument cutané de l'embryon dont une partie, restée pour ainsi dire en arrière, pendant le développement fœtal, se serait enclavée au sein des autres tissus et aurait donné lieu à la formation d'un kyste ».

Un exposé sommaire de cette théorie appliquée aux kystes dermoïdes sous cutanés avait été fait par Verneuil le 1^{er}, en 1852, et non par Remak comme le prétendent les auteurs allemands.

Elle est traitée à fond et acceptée par MM. Lannelongue et Achard, elle a été fortement combattue dans ces dernières années en Allemagne surtout. Viretow l'avait cependant acceptée en la modifiant légèrement.

« A l'origine, d'après Lannelongue, la petite masse est simplement une involution épithéliale. Peu à peu elle s'éloigne de la surface de l'ectoderme par le fait du développement des parties voisines et pendant ce temps, le pédicule qui la rattache à l'ectoderme doit s'allonger progressivement. Il peut être insuffisant de telle sorte que la continuité se trouve rompue entre l'ectoderme et le petit amas épithélial désormais indépendant ».

Suivant les cas, cette petite masse dermo épidermique restera silencieuse ou évoluera en kyste. Cette évolution étant parfois très lente et étant influencée d'une façon considérable, en particulier par la puberté.

La formation de kyste dermoïde est possible par le mécanisme. Mais on peut lui faire deux grosses objections.

C'est au moment de la fermeture du thorax, disent les auteurs, que se produit l'endossement de tissu ectodermique.

Or jamais, nous dit Pflanz on n'a pu retrouver trace de cette malformation thoracique dans le cas des tumeurs qui nous intéressent.

D'autre part, si l'enclavement suffit à lui seul pour expliquer d'une manière satisfaisante les kystes dermoïdes médiastinaux imples, il n'en est plus de même pour les kystes complexes, et presque toutes les observations que nous rapportons ont trait à des tumeurs compliquées.

D'après Lannelongue pour expliquer ces dernières « il faut faire intervenir d'autres facteurs, et par analogie on est amené à raisonner pour les autres tissus de l'embryon comme on a raisonné pour le tégument externe ».

On doit supposer que les éléments des autres tissus auront été enclavés ou déplacés et auront donné lieu par leur développement ultérieur aux produits variés que renferment les tumeurs complexes.

Il y aurait donc une perturbation dans un double sens, d'une part de dehors en dedans pour l'utaderme, d'autre part de dedans en dehors pour les autres parties du blastaderme.

Ce désordre mécanique peut être soupçonné, mais il n'existe aucune preuve indiscutable, et si à la rigueur on peut l'admettre pour les cas 1/2 compliqués où l'on a rencontré de la peau et des éléments du tractus respiratoire par exemple, il est bien difficile de se ranger complètement à cette opinion en lisant les observations de Gardon, de Eketram, de Dangschat.

Ces deux derniers en effet rapportent chacun un cas où l'on put découvrir outre les éléments ordinaires de kystes dermoïdes, des cellules nerveuses d'origine centrale, et des éléments du tractus intestinal.

Deuxième théorie. — En considérant d'une part cette situation fixe des kystes dermoïdes du médiastin antérieur dans une loge qui appartient primitivement au thymus, et d'autre part en relisant les observations de Waldeyer, Pinders, Marchand et la nôtre, on est tenté de faire jouer un certain rôle au thymus dans la production de semblables tumeurs.

Dans les quatre observations que nous énumérons on retrouve les éléments caractéristiques de la glande thymique au niveau de la tumeur, et nous-même nous avons constaté que ces éléments ne se rencontraient pas seulement à la partie tout à fait supérieure de notre kyste, mais aussi en plusieurs endroits assez espacés.

D'après les premiers travaux de His en 1883, le thymus semblait être d'origine ectodermique et pouvait par conséquent donner naissance aux kystes véritablement dermoïdes.

Depuis, grâce à Kölliker et à Born surtout, (et His lui-même revint sur sa première opinion en 1889), on se rendit compte que la glande en question se développait aux dépens de la troisième fente branchiale ; de l'endoderme par conséquent.

Il y a cependant possibilité de concilier le développement des tumeurs dermoïdes du médiastin avec la disposition de cette troisième fente branchiale, c'est ce qu'a essayé de faire Marfan dans son article auquel nous empruntons en partie ce qui suit.

« On sait actuellement que les arcs branchiaux ne sont pas séparés par des fentes, mais qu'entre eux existent, contigus, les feuilletts endodermiques et ectodermiques accolés. Il y a donc seulement une rainure ectodermique et une rainure endodermique celle-ci appelée poche, parce qu'elle est plus profonde. Nous rattacherons le kyste dermoïde à la rainure ectodermique ?

Mais, comme le figure His, la troisième poche pharyngienne,

rudiment eudodermique du thymus est en contact presque immédiat de l'angle le plus profond du sinus précervical; de cet angle, auquel primitivement His avait attribué le thymus. Cela étant, ajoute Marfan, nous croyons que l'on peut rapporter les kystes dermoïdes de la partie supérieure du médiastin antérieur à une coalescence inachevée de ce que His avait considéré comme le rudiment ectodermique du thymus.

D'après lui le bourgeon enclavé devant donner naissance à la tumeur serait originellement cervical, et suivrait dans sa descente le thymus, organe endodermique auquel il est accolé.

Pflanz dans un travail déjà cité, se rallie à cette opinion, qu'il érige en doctrine pathogénique véritable.

Au dire de cet auteur, l'origine à la fois *thymique* et bronchiagène des kystes dermoïdes du médiastin, explique la coexistence simultanée d'épithélium cylindrique à cils vibratils avec l'épithélium pavimenteux comme l'ont noté Lebert, Virchow, Laewenmayer, etc.

Mais comme le font remarquer les adversaires de cette théorie, en admettant qu'une telle origine puisse suffire à expliquer un certain nombre de kystes dermoïdes participant par leur structure de l'ectoderme et de l'endoderme, elle devient insuffisante pour les cas compliqués où l'on retrouve les trois feuilletts blastodermiques, et enfin sur 56 observations on n'a retrouvé que quatre fois le thymus d'une façon certaine. Cette hypothèse malgré cette insuffisance mérite cependant d'être conservée : elle complète en effet en la modifiant la conception de Lannelongue et Achard. Celle-ci ne pouvait s'appliquer d'une manière indiscutable qu'aux kystes dermoïdes simples ; celle-là fournit une explication à peu près suffisante pour les tumeurs d'une complexité plus grande.

III. — Peu satisfaits de ces deux théories de date relativement récente, quelques auteurs contemporains, Ekehorn 1898 et Dangschat 1903 en Allemagne, Morris 1905 en Amérique ont repris la conception admirablement étudiée et exposée

autrefois par Geoffroy Saint-Hilaire : conception de la diplogénèse par inclusion.

Il n'y a pas de différence irréductible entre les monstruosités doubles les plus compliquées et les kystes dermoïdes à contenu varié. Toute une série d'intermédiaires s'échelonnent entre eux, comme d'ailleurs entre les tumeurs dermoïdes les plus complexes, et les poches kystiques les plus simples, et comme l'écrivent Lannelongue et Achard : « Il y a si l'on veut, autant de dissemblance entre les monstres doubles complets et les kystes dermoïdes simples, qu'entre l'homme et les organismes inférieurs placés au dernier rang de l'échelle animale ; mais l'on peut retrouver tous les anneaux de cette longue chaîne et constituer la série tératologique de la même manière qu'on a établi la série zoologique.

Ekehorn et Dangschat s'appuient, pour considérer cette théorie comme la seule véritable, sur quelques observations telles que celle de Gordon de von Törok et sur deux qui leur appartiennent.

Ils montrent que dans ces observations on a retrouvé des éléments des trois feuilletts primitifs de l'embryon.

Dans leurs deux observations, ils découvrirent même des cellules nerveuses d'origine ganglionnaire ou centrale, et ils en arrivent à conclure que leurs kystes dermoïdes étaient de véritables produits de conception, qu'il s'agissait en somme d'un fœtus enfermé dans un fœtus.

Ils admettent que l'embryon inclus a été conçu en même temps que l'autre, qu'ils étaient jumeaux, mais le développement s'est arrêté presque immédiatement pour l'un d'eux.

Ekehorn n'arrive timidement à exprimer cette hypothèse qu'après avoir montré que l'inclusion fœtale n'est pas rare au niveau de l'abdomen, il rapporte le cas du professeur Langhaus de Berlin où l'on trouva dans l'abdomen d'un jeune homme de 19 ans « un fœtus » ayant un tronc bien développé

et des extrémités dans le mésentère. A la place de la tête se trouvait une natte de 50 centimètres.

Il cite également un cas de teratome congénital inclus dans le crâne et rapporté par Braune et Buzz.

Dangschat se contente de la théorie de la déplongénèse par inclusion proprement dite.

Ekehorn précise davantage : il essaie de concilier en les complétant l'une par l'autre la deuxième et la troisième théorie.

Pour lui, comme d'ailleurs le prétend Bostrom les fentes branchiales jouent un certain rôle dans la production des kystes dermoïdes. Après une évolution extrêmement courte, le jumeau destiné à s'atrophier s'égare dans une fente branchiale quand l'autre était déjà en voie de développement, et il y est inclus. Il peut adhérer au thymus et être entraîné plus tard avec lui ou ses débris dans la cavité thoracique.

Cette théorie bien que séduisante est loin d'être applicable à tous les cas.

Si à la rigueur dans les kystes complexes on arrive avec beaucoup de mal à reconnaître des vestiges d'embryon, jamais dans le médiastin jusqu'à présent on n'a trouvé de parties fœtales ayant une ressemblance manifeste avec le type normal. Et quel effort d'imagination est-on forcé de faire pour reconnaître dans un simple petit sac revêtu de peau « le représentant d'un individu distinct ».

Combattue par Lebert, par Broca, cette conception a été repoussée également par Lannelongue et Achard, et nous sommes absolument de leur avis.

Nous n'envisageons même pas la possibilité d'une origine parthénogénétique pour les kystes dermoïdes du médiastin.

Si cette théorie est en effet assez séduisante pour les kystes dermoïdes de l'ovaire et s'accorde très bien avec certains caractères de ces tumeurs, il est impossible de l'appliquer aux dermoïdes du médiastin.

Si maintenant nous essayons de tirer quelques renseignements de cette étude rapide, nous sommes assez embarrassés.

Aucune des théories exposées ne nous satisfait.

Théorie blastomérique. — A côté de ces théories, toutes insuffisantes, s'est élevée récemment la *théorie blastomérique*, seule capable de résoudre la plupart des cas énigmatiques et compliqués que nous avons vus au cours de nos observations.

Entrevue par Roux, mais développée pour la première fois en 1900 par Bonnet, elle a été accueillie immédiatement en Allemagne avec une grande faveur.

Wilms, en particulier, dans ses travaux les plus récents (1902), semble avoir abandonné complètement l'idée de la parthénogenèse « pour se rattacher sans réserves à la théorie blastomérique » (1).

En France, au contraire, elle semble avoir été presque complètement inconnue avant un travail de Lecène (2) paru en 1904 dans les *Annales de Gynécologie*, mais surtout avant la thèse de Chevassu (1906), très documentée à cet égard, et à laquelle nous empruntons la plupart de ces détails.

« Cette théorie est liée à des questions capitales de biologie générale qui ont jeté un jour nouveau sur les premiers stades du développement de l'embryon, et elle est basée sur l'expérimentation ».

Nous ne pouvons que renvoyer à l'excellent ouvrage de Chevassu pour le détail des expériences faites par Roux et ses élèves d'une part ; par Hertwig, Schultze et Morgan d'autre part, sur les œufs de grenouille ; par Driesch sur les échinidés, et par Wilson sur l'œuf de l'amphioxus.

Ces expérimentateurs ont obtenu parfois des résultats con-

1. Chevassu. Tumeurs du testicule (*Thèse de Paris*, 1906).

2. Lecène. Sur la présence de tissu thyroïdien dans les kystes dermoïdes de l'ovaire. *Ann. de Gynécologie*, janvier 1904.

tradictaires ; ce fait est probablement dû aux conditions différentes dans lesquelles ils se plaçaient et au mode d'expérimentation particulier à chacun d'eux ; leurs contradictions n'empêchent pas d'arriver à la loi générale suivante.

« (1) La destinée des différents blastomères n'est plus « déterminée par leur constitution même, mais par leurs rapports réciproques.

« Tous les blastomères formés restent d'abord équivalents « entre eux, et l'évolution de chacun d'eux dépend uniquement de la place qu'il occupe dans l'ensemble, de ses relations avec les cellules voisines et avec le monde extérieur.

« Admettons maintenant, dans la blastula, une inclusion, « un enclavement de l'un des blastomères primitifs ; ce blastomère évoluant pour son propre compte, pourra donner « inclus dans l'embryon, un embryon plus petit ou un « embryon incomplet, dans les deux cas un embryôme ».

Bard, en 1888, dans la thèse de Trévoux, avait exposé une théorie, dite de la cellule nadale, se rapprochant beaucoup de la théorie blastomérique. Elle reposait simplement sur des données spéculatives, contrairement à celle de Bonnet qui se base, nous l'avons vu, sur l'expérimentation.

La théorie blastomérique répond aux objections que nous avons faites aux autres conceptions.

« Elle explique la possibilité d'embryômes multiples et « le nombre inaccoutumé de certains éléments des embryômes, les dents par exemple, par la fusion de ces tumeurs « blastomériques ».

Nous venons de remplacer le terme de kyste dermoïde par celui d'embryôme. Pourquoi ? C'est que nous pensons que la dénomination de kyste dermoïde ne convient d'aucune façon pour les tumeurs complexes que nous avons rapportées.

1. Chevassu (*loco citato*).

Nous l'avons conservé cependant dans le titre de notre thèse, pour nous permettre de rassembler tous les cas publiés sous la même étiquette, et montrer qu'au médiastin, comme ailleurs, il fallait établir une distinction nettement tranchée.

Parmi les diverses tumeurs, dont nous donnons les observations, il y a des kystes dermoïdes simples, et il y a des embryômes.

Pouvons-nous invoquer la même pathogénie pour ces deux catégories de néoplasmes ?

Evidemment non.

Les simples kystes dermoïdes sont le résultat d'une inclusion de l'épithélium au niveau d'une fente branchiale et presque certainement de la troisième fente branchiale, d'où la possibilité de la présence du thymus dans la tumeur.

Les néoplasmes compliqués, étiquetés à tort kystes dermoïdes du médiastin antérieur, sont des embryômes, et tout semble donner raison pour expliquer leur origine à la théorie blastomérique.

Ces dernières tumeurs se rencontrent surtout au voisinage de la ligne primitive, dans la région périvertébrale, soit lombaire, soit sacrée, mais on peut les trouver partout, dans le médiastin, comme ailleurs.

Il aurait été intéressant de trouver dans les cas publiés, certaines altérations du sternum ; nous n'avons rien trouvé d'anormal de ce côté.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau clinique des kystes dermoïdes du médiastin n'existe pas : il n'offre rien de caractéristique sauf dans les cas où l'expectoration rejette des poils après ouverture de la poche dans une bronche d'assez gros calibre. Nous ferons en sorte de montrer les symptômes les plus fréquents, et comment en général, on peut arriver à grouper ces signes pour aider au diagnostic.

Parfois, le kyste dermoïde médiastinal évolue d'une façon absolument latente, et c'est tout à fait par hasard, lors de l'autopsie d'un sujet mort d'une affection quelconque, qu'on le découvre.

Il faut pour cela, que le volume de la tumeur reste toujours très petit ou qu'une affection thoracique d'ordre purement médical occupe à elle seule toute la scène, comme par exemple dans le cas de Sommer, où les symptômes trouvaient leur explication dans la tuberculose pulmonaire chronique qui emporte le malade.

En général, les kystes médiastinaux se manifestent par des signes fonctionnels et physiques variés, mais presque toujours avant d'arriver à leur période active, ils passent par une phase latente plus ou moins longue.

En général, celle-ci dure jusqu'à la puberté, époque à laquelle, comme nous l'avons déjà vu, il y a apparition ou aggravation notable des premiers signes imputables à une tumeur du médiastin.

Cette règle n'est pas absolue ; nous la trouvons en défaut dans les cas de Sormani (obs. 28), de Von Török (obs. 42), de Medœi (obs. 44), de Madelung, (obs. 50), de von Eiselberg (obs. 38), cas où les premiers symptômes sont apparus dans la première ou la deuxième enfance.

Par contre, nous rapportons quelques observations où ces signes de début ne se manifestèrent que longtemps après la puberté.

L'apparition de la période active de la tumeur n'a rien de pathognomonique. Parfois, les malades rapportent le point de départ des troubles qu'ils ressentent à un traumatisme ou à une pression sur le thorax (cas de Bergmann, de Madelung, de Morris), et comme le fait remarquer Morris, il n'est pas inadmissible de croire qu'un coup violent soit capable de provoquer la rupture d'un kyste tendu.

La pneumonie, décrite par son malade, n'était qu'un épanchement du contenu du kyste dans la plèvre, comme dans le cas de Madelung. — Ce sont là des faits exceptionnels.

En général les signes du début sont ceux d'une affection thoracique banale.

Le plus souvent c'est la *dyspnée* qui ouvre la scène, elle est dès cette période fréquemment associée à des douleurs thoraciques, parfois à de la toux avec sensation de constriction de la poitrine.

Ce mode de début a été noté 10 fois sur 34 cas où les symptômes sont analysés.

Dans cinq cas l'affection s'annonça par un *épanchement pleural*.

Dans quatre par des *douleurs* siégeant soit à l'épaule dans

deux observations, soit à l'aisselle, soit dans la région thoracique proprement dite.

L'hémoptysie précédée d'accès de toux fut le symptôme initial dans trois cas. Enfin dans les autres cas, le début fut soit une crise d'asthme, soit une pneumonie, soit l'apparition d'une tumeur à la base du cou.

A la période d'état, coïncidant avec l'accroissement du kyste dermoïde, tous ces symptômes s'aggravent et s'adjoignent quelques autres manifestations morbides.

Ouvrons ici une parenthèse pour étudier de quelle manière s'accroît la tumeur :

Le développement du kyste est dû soit à une expansion de la paroi, soit à une prolifération du contenu (ce mécanisme étant d'ailleurs le plus fréquent).

Le néoplasme ainsi augmenté de volume se crée une place dans le thorax en partie par compression et refoulement des organes, en partie par déformation ou voussure de la cage thoracique, quand elle consent à se laisser déformer.

La dyspnée augmente d'intensité, mais pendant longtemps ce n'est encore qu'une dyspnée d'effort.

Elle peut être paroxystique, s'associer à la toux, à l'hémoptysie, aux vomissements.

Elle procède par périodes d'exacerbation, entrecoupées parfois par plusieurs mois d'accalmie.

Dans le cas de Lebert, elle fut le seul symptôme pendant près de 40 ans. Dans les dernières périodes de la maladie, cette dyspnée change de caractère : elle devient constante, permanente, s'accompagne de cyanose et progressivement arrive à l'apnée complète.

Les douleurs thoraciques sont habituellement aiguës, rarement sourdes. Dans quelques cas, elles s'irradient vers *l'épaule*, le plus fréquemment ; vers l'oreille et derrière la tête quelquefois.

Dans une observation, celle de Pöhn, ces douleurs sié-

geaient dans le bras correspondant au siège de la tumeur, et s'accompagnaient d'engourdissement et de parésie.

La toux, assez légère au début, et peu fatigante, devient plus fréquente, quinteuse, pénible, paroxystique.

Elle s'accompagne parfois d'une *expectoration* qui pendant toute l'évolution peut rester banale.

Mais si le kyste s'ouvre dans une bronche, on voit immédiatement des caractères très importants apparaître.

Tout d'abord, la quantité de la substance expectorée augmente et atteint facilement 500 cmc. en 24 heures.

En outre, au moment de la rupture de la poche, il se produit souvent une véritable *vomique* plus ou moins abondante suivant l'importance de la collection et la taille de l'orifice de communication.

L'odeur fréquemment devient fétide, faisant penser à la bronchectasie.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'expectoration n'existe qu'après l'ouverture du kyste dans l'un des conduits aériens. La muqueuse bronchique, a elle seule en effet dans les tumeurs du médiastin est capable de sécréter une assez grande abondance de liquide muqueux ou muco purulent.

Mais, quand il existe une communication, la substance expectorée devient d'une très grande importance, si l'on a soin d'en faire l'examen microscopique.

Elle pourra contenir des cellules épithéliales analogues à celles de la couche cornée de la peau, des gouttelettes grasses et des cristaux de cholestérine.

Parfois des poils viennent s'y adjoindre, c'est un signe pathognomonique.

Leur présence dans les crachats n'est pas une rareté puisqu'on les note 9 fois dans les 56 observations que nous rapportons (Dans deux cas les médecins ne voulurent pas les considérer comme des éléments de l'expectoration). Ce chiffre de 9 nous montre que bien souvent il existe une communication avec

une bronche sans expulsion de poils, puisque le kyste communiquait avec l'arbre aérien dans au moins 20 cas, fait qui nous est expliqué par le trop gros volume des cheveux souvent roulés en petites touffes.

A cette expectoration particulière s'ajoute assez souvent une hémoptysie qui apparaît soit au début soit à la fin. C'est parfois une hémorragie lente mais continue rendant sanguinolents les crachats, c'est d'autres fois une hémoptysie très abondante, espacée par des intervalles assez longs mais pouvant cependant causer la mort de diverses façons.

Enfin la fièvre a été signalée dans quelques observations, généralement dans une période avancée.

L'hyperthermie est-elle due à la dyspnée à peu près de règle à cette époque de la maladie, est-ce au contraire une fièvre analogue à celle que l'on note dans certaines tumeurs, et en particulier dans les tumeurs du médiastin ? Nous nous rallions plutôt à la première hypothèse, en faisant remarquer que la température ne dépasse jamais guère 38°5.

L'évolution de la maladie est irrégulière, nullement cyclique, entrecoupée de rémissions très longues parfois, mais elle aboutit toujours à la mort quand on abandonne la tumeur à elle-même.

En estimant la durée d'une façon aussi précise que possible, on obtient les chiffres suivants (d'après Morris) :

44 ans	1 cas
24 »	1 »
13 »	1 »
10 »	2 »
9 »	1 »
6 »	3 »
5 »	4 »
4 »	1 »
3 ans 1/2.	3 »
3 ans	2 »

2 ans	4 cas
1 an 1/2	1 »
11 mois.	1 »
9 mois.	1 »
2 à 3 mois	1 »

L'évolution est donc assez lente, nécessitant plusieurs années avant d'arriver à la dernière période sauf dans les cas où de graves complications sont venues précipiter la fin.

Dans le cas de Mandelbaum qui évolua en 11 mois, le malade mourut de toxémie postpneumonique après l'opération.

Le malade de Virchow qui ne vécut que deux ou trois mois succomba à une tumeur extrêmement maligne, venue se greffer dans le médiastin.

Le plus souvent la mort est due, soit à l'asphyxie, par atelectasie et refoulement par trop considérable des poumons ; soit à des troubles cardio-vasculaires par suite de lésions du péricarde ou de la compression des gros vaisseaux, soit à une hémoptysie abondante, soit à une cachexie progressive.

D'autres fois c'est une affection intercurrente, favorisée indirectement souvent par le néoplasme, telle que pleurésie, tuberculose pulmonaire, broncho-pneumonie.

Enfin dans quatre cas une tumeur maligne, vient se greffer sur le néoplasme bénin. Trois fois ce fut un sarcome (Virchow, Pinders, Jores), une fois un carcinome (Virchow).

Ainsi, par suite de la disposition particulière du médiastin, et surtout de l'importance des organes qui traversent cette région, les kystes dermoïdes du médiastin antérieur d'origine essentiellement bénignes, se comportent comme de vraies tumeurs malignes au point de vue de leur évolution.

Il est donc du plus haut intérêt d'essayer par tous les moyens dont on dispose, de faire un *diagnostic* aussi précoce que possible.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

L'inspection ne donnera souvent que peu de renseignements.

Les malades, à la période d'état, ne présentent aucun signe de cachexie.

Les pouls radiaux sont normaux et synchrones, il n'y a pas d'œdème des membres supérieurs, et pas de dilatation des veines superficielles.

Le thorax et le cou se présentent avec leur aspect habituel.

Parfois, cependant il y a de ce côté quelque chose d'anormal.

Dans 6 observations, la tumeur était remontée en arrière des clavicules et avait fait son apparition à la région cervicale inférieure. Il y avait à ce niveau de la fluctuation, et parfois une transmission des pulsations des gros vaisseaux.

Dans 13 cas, il existait une voussure de la paroi antérieure du thorax.

Généralement comprise entre la seconde et la sixième côte, cette voussure peut intéresser le sternum.

Dans le cas de Von Török elle existait au contraire en arrière.

Pour avoir une signification importante, elle doit être extrê-

mement fixe, et persistante pendant des mois. A son niveau on pourra parfois constater une diminution ou même une absence complète de l'expansion thoracique dans les mouvements respiratoires ; et la palpation confirme ces renseignements en y ajoutant de la diminution du fremitus vocal dans la même zone.

La *percussion* révèle une aire anormale de matité thoracique correspondant à la proéminence quand celle-ci existe.

Généralement, *cette matité* est absolue, grâce au voisinage immédiat de la paroi et de la tumeur, par suite du refoulement des poumons.

Sa forme est irrégulière : son bord supérieur commençant en haut en avant, puis s'inclinant en dehors en bas et en arrière (fait signalé par Dangschat). Dans ce cas elle rappelle à l'envers la limite supérieure d'un épanchement pleural, mais fréquemment la ligne de délimitation de l'aire mate est entrecoupée d'encoches, et ne ressemble plus à rien.

Dans 1/4 des cas au moins, malgré cela, l'interprétation de la matité avait conduit au diagnostic de pleurésie enkystée.

Dans l'observation de Morris, la matité n'était que relative.

Dans un autre cas, il existait en avant une petite aire mate, séparée d'une zone semblable en arrière, par un intervalle sonore.

Enfin chez le malade de Christian on pouvait se rendre compte que la zone de matité diminuait après les accès de toux, capables de déterminer une expectoration abondante.

L'auscultation décèle en général une absence complète du murmure vésiculaire dans la zone de matité si cette dernière est absolue ; quand elle n'est que relative, on peut trouver simplement de la diminution de ce murmure avec souffle de compression bronchique.

Des râles humides et secs se rencontrent communément, mais ils n'ont qu'un intérêt très relatif.

Souvent ils se trouvent du côté opposé à la tumeur, ou du

moins dans une région assez éloignée du néoplasme. S'il existe une communication entre le kyste et une bronche, ils sont au contraire bien limités à la zone malade.

Ajoutons à ces signes, de la diminution de la voix parlée et de la disparition de la voix chuchotée dans la région qui nous intéresse ; et nous aurons énuméré tous les éléments de diagnostic que peut nous fournir l'auscultation.

Cette exploration clinique sera complétée par un examen radioscopique plusieurs fois répété si cela est nécessaire, et en faisant placer le malade de face et de profil.

Jusqu'à maintenant, nous ne trouvons aucune observation où cette exploration ait donné des renseignements précis. Mais c'est peut-être, précisément, parce qu'elle a été incomplète.

Dans le cas de Morris, une ombre diffuse était projetée sur l'écran par la tumeur.

Les radiographies des malades de Madelung et de Türk ne donnaient que des résultats négligeables.

Dans notre observation, enfin, l'examen radioscopique ne nous avait montré qu'une ombre très mal définie.

Le cœur, presque toujours est déplacé, et, si la tumeur occupe le côté gauche, on peut le trouver au niveau de la ligne mamelonnaire droite.

Il existe parfois des signes d'épanchement péricardique ; que cet épanchement fut dû à une irritation simple de la séreuse, comme dans notre cas, ou à une perforation du péricarde et communication avec le kyste comme dans le cas de Cordes.

A la base on a noté quelquefois un souffle systolique.

Le foie peut être refoulé quand la tumeur siège à droite, et son bord inférieur peut être perçu à 3 ou 4 travers de doigt au-dessous du rebord costal comme dans notre observation.

Nous serons brefs sur le diagnostic différentiel.

1° Il y a des cas où il s'impose sans discussion, c'est lorsque l'expectoration sera caractéristique, soit par ces cellules épi-

théliales de la couche cornée de la peau, soit par les poils qu'elle contiendra. Il sera à peu près impossible, il est vrai, de dire si le kyste dermoïde est situé dans le médiastin proprement dit, dans le poumon ou dans la plèvre, mais cela n'a qu'une importance relative.

2° Dans les cas où l'on n'a pas la ressource précédente et où l'exploration clinique et radioscopique nous auront fait constater l'existence d'une tumeur intrathoracique, on sera autorisé à pratiquer des ponctions exploratrices répétées et même à faire ces dernières avec un trocart de moyen calibre annexé à un appareil d'aspiration.

Kuchmann et Türk ont obtenu des résultats extrêmement brillants par ce procédé ; nous-mêmes, nous avons ramené quelques parcelles de substance amorphe qui aurait dû nous mettre sur la voie du diagnostic.

3° Le plus souvent, malheureusement, l'expectoration ne sera pas typique ; les rayons Röntgen ne décèleront rien de très net, et la ponction exploratrice ne donnera aucun résultat. Il nous faudra arriver au diagnostic simplement par l'examen clinique du malade. Il est des cas où ce sera tout à fait impossible, parce que la tumeur est encore trop petite, ou que les symptômes auxquels elle donne lieu sont masqués par une affection intercurrente, la tuberculose pulmonaire en particulier.

Il est d'autres cas, et ce sont les plus fréquents, où nous devons arriver au diagnostic précis. On éliminera tout d'abord la pleurésie de la grande cavité, l'hémothorax, la dilatation des bronches, la gangrène du poumon, affections morbides qui se reconnaissent assez facilement.

La lithiase pulmonaire ne nous offrira pas non plus de graves difficultés.

Il n'en sera pas de même de la pleurésie enkystée (nous savons que dans un quart des cas l'erreur avait été commise). Cependant les commémoratifs, la courbe de température

seront des adjuvants sérieux. L'examen radioscopique parfois ; la ponction exploratrice, si elle réussit, trancheront la question.

La différenciation avec les tumeurs malignes du médiastin sera possible dans nombre de cas. Ces dernières apparaissent en général tard, elles ont une évolution assez rapide et déterminent assez vite de la cachexie.

Rapidement on voit apparaître des signes de compression comme l'œdème, la cyanose, la distension des veines superficielles, l'inégalité pupillaire et très souvent des troubles laryngés.

Ces signes ont été constatés dans les observations de kystes dermoïdes dues à Virchow, Pinders, Krause et Jorres, mais il y avait dans tous ces cas coexistence d'un kyste et d'une tumeur maligne.

L'*anévrisme* apparaît à une période plus tardive de la vie, il a souvent des facteurs étiologiques importants à considérer.

La zone de matité correspondant à l'anévrysme est le siège de battements appréciables rarement à l'inspection, presque toujours à la palpation. Ils sont systoliques et répondent à une expansion de la tumeur.

L'auscultation enfin fait percevoir presque toujours des claquements ou des souffles. Ajoutons les modifications du pouls, et l'image radioscopique ; caractères parfois essentiels et pathognomoniques.

Les tumeurs bénignes tels que lipome, fibromes du médiastin donneront peu souvent lieu à des difficultés.

L'abcès médiastinal a presque toujours une cause palpable à son origine. Il évolue rapidement et avec hyperthermie, mais il peut y avoir coexistence des deux affections.

La distinction entre le kyste hydatique de la plèvre ou du médiastin proprement dit est presque toujours impossible.

L'élimination de l'adénopathie trachéo-bronchique dans quelques cas mal définis nous offrira également des difficul-

tés considérables. Cependant, en étudiant de près l'évolution de la tumeur dermoïde, en se rappelant que les premiers symptômes ont apparu de bonne heure, et que presque toujours ils subissent une augmentation considérable au moment de la puberté ; en analysant l'apparition de chaque symptôme fonctionnel et en recherchant les différents signes physiques ; en particulier, la matité à forme bizarre on arrivera presque, toujours à faire un diagnostic sinon de certitude, du moins de grande probabilité qui suffira à commander l'intervention.

Celle-ci en effet ne peut pas être mise en discussion, les statistiques que nous apportons le prouvent. Nous savons en effet que la mort est fatale dans tous les cas abandonnés à eux-mêmes, et que déjà il y a 30 0/0 de guérisons complètes depuis qu'on a commencé à intervenir.

Ce pourcentage doit augmenter et augmentera certainement avec les perfectionnements qu'on apportera à la technique que nous allons étudier maintenant.

CHAPITRE V

THÉRAPEUTIQUE

Elle ne peut être que chirurgicale. « Il me paraît assez normal, écrit Küster, que des tumeurs bénignes du médiastin, et en particulier des kystes dermoïdes, qui à cause de leur siège déterminent de graves dangers, soient justiciables d'une intervention chirurgicale destinée à les extirper si le diagnostic a été fait à temps.

L'intervention sera d'autant plus favorable qu'elle sera faite dans une période moins avancée de la maladie, car à ce moment les tumeurs n'ont pas encore d'adhérences trop solides avec les organes de voisinage ».

König de son côté, conseille vivement une thérapeutique active en regrettant que le diagnostic précis soit fait aussi rarement.

Cette question n'est d'ailleurs plus discutable aujourd'hui.

Parmi les 57 cas que nous rapportons, 22 furent opérés, ce sont ceux de :

Pöhn	obs. 8
Kuckmann	— 10
Butlin	— 14
Godlee	— 20
Körte	— 23

Bastianelli	obs. 32
Dardignac	35
Pflanz	— 36
Bergmann	— 39
Grieshammer	— 40
Mandelbaum	— 41
Von Török	— 42
Foucher	— 43
Predtschensky	— 47
Türk	— 46
Madelung	— 49 et 50
Dangschat	— 51 et 52
Belin	— 56
Shostok	— 54
Nandrot	— 57

Il y eut 16 guérisons opératoires, c'est-à-dire environ 70 0/0 et parmi ces 16 cas, 7 furent guéris définitivement.

C'est un chiffre peu élevé, dira-t-on, mais quand on pense que la mort est certaine à brève échéance toutes les fois que l'intervention n'a pas lieu, on ne pensera plus de même.

La première observation qui note le traitement chirurgical est celle de Pöhn en 1871, remontant par conséquent à une époque déjà éloignée, mais il s'agissait d'un cas particulier : la tumeur faisait saillie au niveau du cou, et l'on se contenta d'une simple incision.

Il en fut de même pour le malade de Küchmann qui *s'en alla définitivement guéri*.

Chez tous les autres malades on fit une intervention vraiment thoracique.

Elle consista en résections costales complétées parfois par une résection des bords du sternum (Dans un cas on enleva une grande partie du manubrium, dans un autre on trépana cet os).

La cage thoracique étant ouverte on pratiqua l'ouverture du kyste avec résection plus ou moins considérable de sa

paroi, puis suivant les cas ou sutura la paroi à la peau, on excisa les excroissances avec des ciseaux, l'anse galvanique, le thémocautère, la curette tranchante.

On s'efforça enfin par différents caustiques de faire bourgeonner la surface interne du kyste pour arriver rapidement à la suppression de la cavité, dans les semaines qui suivirent l'intervention.

Dans un cas, l'insufflation d'air stérilisé dans une poche kystique ouverte dans une bronche fut employée avec succès, mais c'est un procédé dangereux capable de déterminer de l'emphysème médiastinal, il n'est pas à conseiller.

L'extirpation totale n'a été pratiquée que 4 fois avec succès dans le cas de petites tumeurs.

Elle fut impossible dans tous les autres cas par suite des adhérences aux organes voisins qu'il faut avant tout éviter de léser.

Nous avons vu au cours de notre étude, que ces adhérences se développaient lentement en passant par diverses phases.

Pendant assez longtemps, elles sont celluluses, faciles à détruire, c'est à ce moment qu'une intervention pourrait donner un résultat définitif.

N'oublions pas enfin de signaler le cas de Belin (obs. 56), où l'extirpation d'un lobe pulmonaire atelectasié se fit sans encombre et amena la guérison définitive d'une fistule durant depuis plusieurs années.

Je n'ai pas l'intention de refaire un exposé de toute la chirurgie du thorax à propos du traitement des kystes dermoïdes du médiastin.

Tout ce qui peut être dit sur cette question, l'a été avec force détails par Villemans de Gand, au dernier congrès de chirurgie française, tenu à Paris en octobre 1906.

Je veux seulement parler de quelques petits points de détails.

Suivant leur situation exacte, les kystes dermoïdes seront

abordés par une voie antérieure, ou par une voie latérale.

L'abord par voie antérieure, a sur l'autre, l'avantage de pouvoir éviter la blessure de la plèvre, à condition qu'il n'y ait pas d'adhérences trop fortes entre la tumeur et la séreuse. La blessure de la plèvre n'est en effet notée qu'une fois (Von Eiselberg) sur les quatre extirpations dont nous avons déjà parlé.

L'intervention nécessitera toujours une brèche assez large, brèche d'ailleurs qui ne sera que temporaire le plus souvent, comparable à celles que l'on fait pour aborder une plaie du cœur.

Après une exploration rapide et minutieuse à la fois, on verra réellement ce qu'il est possible de faire et l'on pratiquera l'extirpation totale si elle n'est pas trop dangereuse ; l'ouverture du kyste avec l'évacuation complète de son contenu, le grattage de la paroi interne, la résection d'une partie de sa paroi, et enfin la marsupialisation de la poche kystique restante dans les autres cas.

Dans nombre de cas, le kyste s'est développé considérablement en refoulant l'un des poumons en haut et en dehors. L'exploration clinique a fait porter le diagnostic de collection ou de tumeur intra-pleurale, ou médiastinale au début, mais ayant franchi les limites de cette région ; on sera autorisé à tenter l'abord du néoplasme par une voie latérale, en traversant la plèvre.

Parfois, grâce à des lésions anciennes, ou à une irritation causée par la tumeur, il s'est formé des adhérences ayant supprimé la cavité pleurale.

Ces conditions sont extrêmement favorables, mais il ne faut pas espérer les rencontrer.

Presque toujours l'intervention se compliquera d'un pneumothorax.

C'est une complication grave. Mais les chirurgiens contemporains sont loin d'être du même avis à ce sujet.

« La crainte de la plèvre, écrit Gosset, ira sans doute rejoindre la crainte du péritoine, maintenant qu'on sait éviter l'infection et graduer l'entrée de l'air ».

C'est l'opinion de Delaganère, de Walther, de Ricard et d'autres chirurgiens de cette valeur, mais c'est loin d'être l'opinion de tous et dans une thèse récente, Sencert s'appuyant sur des expériences personnelles, rejette formellement la voie transpleurale qu'il considère comme extrêmement dangereuse.

Ce n'est pas notre avis, et nous avons vu plusieurs fois notre maître Walther ne pas craindre, après avoir créé une large brèche thoracique, d'introduire dans la cavité pleurale la main et la plus grande partie de l'avant-bras pour aller explorer le sommet d'un poumon et chercher une collection purulente située à ce niveau.

D'ailleurs, il existe un certain nombre de procédés destinés à supprimer complètement le pneumothorax ou du moins à le rendre supportable : ce sont des moyens chirurgicaux (1) et des moyens physiques.

Les *premiers* peuvent être appliqués avant, pendant et après l'opération.

« Avant l'intervention on peut à l'exemple de Dollinger établir le pneumothorax la veille afin d'habituer l'organisme au collapsus pulmonaire ». C'est une technique qui, je crois, n'aura pas beaucoup d'adeptes pour de multiples raisons.

Pendant l'opération, on évitera, dans la mesure du possible, de coucher le malade sur le côté sain.

Il est bien difficile souvent de faire autrement.

Mais surtout, on ne laissera pénétrer l'air dans la cavité pleurale que lentement, progressivement, et dès que des phénomènes asphyxiques semblent apparaître, on fermera momentanément l'incision pleurale.

1. Voir Villems. *Congrès de Chirurgie française*. Paris, octobre 1906.

Le tamponnement intra-pleural, constituera parfois une ressource utile contre le pneumothorax, mais le moyen de beaucoup le plus puissant est l'amarrage du poumon qu'on saisit avec une pince à griffes et qu'on attire avec force.

Ce procédé, préconisé surtout par Delagemère est adopté aujourd'hui par presque tous les chirurgiens. Mais les uns le considèrent comme un moyen préventif, les autres comme un moyen d'urgence, de nécessité, en cas d'accidents graves.

Fréquemment cet amarrage sera suivi de la suture à la paroi.

Après l'intervention ; il faut vider la cavité pleurale pleine d'air, soit en aspirant celui-ci au moyen d'une seringue ou d'un appareil aspirateur, comme le conseille Delagenière, soit en transformant ce pneumothorax en hydrothorax et en vidant immédiatement celui-ci par le siphonage suivant le procédé de Witzel.

Enfin, on évitera le pneumothorax secondaire par la suture hermétique de la plèvre et le pansement compressif toutes les fois où l'occlusion sera possible ; par le drainage aspirateur pour les autres.

Les moyens physiques comprennent l'*Insufflation pulmonaire*, l'*abaissement de la pression intra-pleurale*, l'*élévation de la pression intra-bronchique*.

L'insufflation pulmonaire, appliquée d'abord par Lambotte, étudiée ensuite par Tuffier et Hallion, Doyen, et quelques autres, en France, n'a guère été utilisée qu'en Amérique grâce à l'appareil de Fell'o Dwyer.

Elle est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée ; son emploi en effet n'est pas sans danger.

Les chirurgiens ont le choix entre deux procédés différents et inverses en quelque sorte pour empêcher complètement la production du pneumothorax.

Le premier consiste à diminuer la pression intra-pleurale, en laissant respirer le poumon à l'air extérieur.

Le second augmentera la pression intra-pulmonaire sans modifier la pression intra-pleurale.

Sanerbruch sur le conseil de Mickulicz a trouvé la solution du premier problème en faisant construire une sorte de chambre pneumatique dont un appareil aspirateur raréfie l'air et dans laquelle est enfermé le corps de l'opéré — la tête seule restant au dehors.

Lorsque l'abaissement de la pression atmosphérique dans la chambre correspond à une colonne de mercure de 10 à 12 millimètres la poitrine peut être ouverte largement, le poumon ne s'affaisse pas et conserve son volume normal.

Il ne survient ni dyspnée, ni cyanose, même si l'on ouvre les deux côtés du thorax à la fois.

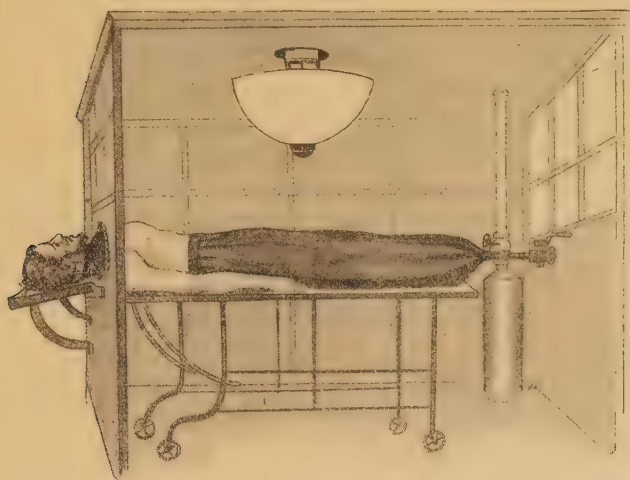


Fig. 4. — Chambre pneumatique de Sauerbrück (d'après Villems).

« La deuxième méthode a été expérimentée d'abord par Quénu et Longuet qui firent respirer leurs animaux dans l'air comprimé, et indiquèrent que leur procédé réalisait une augmentation de pression non pas intermittente, mais constante ».

Cette méthode fut perfectionnée et appliquée à la chirurgie humaine par Brauer qui enferme la tête du malade dans une sorte de cage en verre où l'air arrive sous une pression de 10 à 12 mm. de mercure.

Cet appareil a été légèrement modifié par Kühn, mais la modification en est peu importante.

Pour tous les détails de ces deux appareils nous renvoyons à la communication de Willems, nous sommes forcés ici de nous contenter d'un simple schéma de la chambre pneumatique et de l'appareil de Brauer.

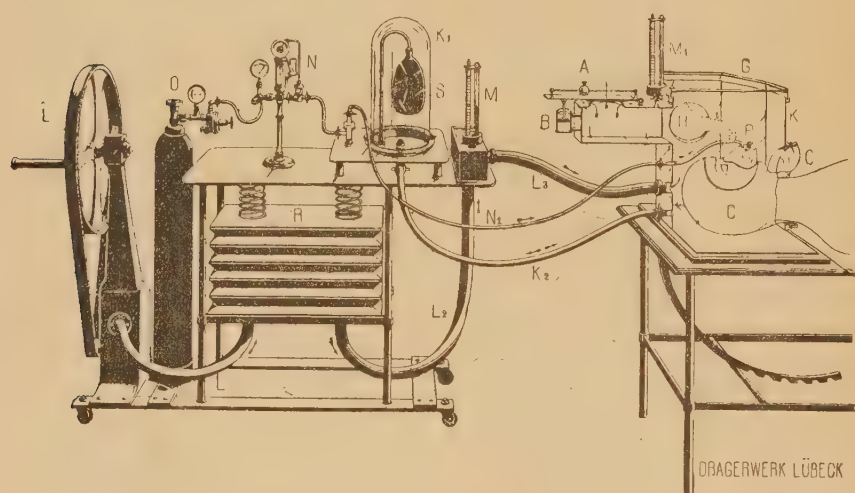


Fig. 2. — Appareil de Brauer (d'après Willems).

Les inventeurs de ces appareils en sont très enthousiastes : l'expérience clinique fait cependant défaut aussi bien à l'un qu'à l'autre.

Sanerbruch ne rapporte que 15 cas et Tuffier 3 où la chambre pneumatique fut employée avec succès.

La statistique de Brauer est encore moins fournie.

En France ces méthodes n'ont pas eu beaucoup de partisans très convaincus ; et cela pour plusieurs raisons.

Les deux appareils sont très compliqués, et d'un prix considérable [la chambre de Sauerbruch pèse 3.000 kilos et coûte de 12 à 15.000 francs].

D'autre part, il est exceptionnel que l'on ait des accidents sérieux, compromettant la vie dans le cas d'un pneumothorax unilatéral, provoqué avec les précautions que nous avons indiquées plus haut. Toutes les fois que l'intervention ne nécessitera pas l'ouverture simultanée des deux plèvres, les moyens chirurgicaux seront suffisants pour combattre les dangers causés par l'introduction de l'air dans la cavité pleurale.

L'infection de la séreuse est un ennemi beaucoup plus terrible que le pneumothorax. On s'est beaucoup occupé de celui-ci et relativement peu de l'autre.

L'infection guette les opérés du thorax beaucoup plus souvent que ceux de n'importe quelle autre région.

« La grande réceptivité de la plèvre(1) s'explique par son peu de tendance à produire des adhérences, par les mouvements incessants du poumon et le brassage de l'air et du sang qui en résulte. Enfin par la difficulté d'éviter les espaces morts après les interventions en plèvre libre ».

« Il faudra, pour lutter contre les dangers de cette infection, user d'une asepsie absolument rigoureuse. Réduire au minimum la durée des interventions. Recourir au tamponnement isolant. Fermer complètement la cavité pleurale après l'intervention. S'il y a impossibilité on essaiera d'établir un drainage aspirateur qui, tout en permettant l'écoulement des liquides, s'oppose à l'entrée de l'air ».

Bien souvent on se dispense de cette dernière précaution, et l'on obtient un bon résultat, mais cependant, c'est une technique que l'on ne saurait trop recommander.

Lorsque l'abord des kystes dermoïdes du médiastin se fait

1. Villems (déjà cité).

par voie antérieure, on aura également à lutter contre l'emphysème médiastinal par déchirure de la plèvre, et du poumon, ou par aspiration thoracique ; et contre l'infection.

L'abondance de tissu cellulaire lâche faisant du médiastin antérieur, peut-être la région la plus favorable au développement des bactéries.

Là encore les appareils étudiés plus haut peuvent rendre de grands services, mais ne sont pas indispensables.

En résumé, actuellement, en France, bon nombre de graves interventions intrathoraciques ont été faites avec un succès parfait, sans que l'on ait eu recours aux appareils de Sauerbruch ou de Brauer.

Si ces derniers sont utiles, ils ne sont pas indispensables sauf dans les cas exceptionnels où l'on ouvre simultanément les deux plèvres.

La voie transpleurale pour l'abord des tumeurs médiastinales ou autres, est loin de présenter la gravité qu'a voulu lui donner Sencert (1) dans sa thèse.

Nous pensons d'ailleurs que cet auteur n'a pu arriver à de telles conclusions que grâce à une ignorance de l'anatomie médiastinale du chien. Il y a communication entre les deux plèvres de cet animal, et par conséquent toujours double pneumothorax par l'ouverture d'un seul côté, c'est ce qui explique la mortalité de presque tous les cas opérés par Sencert.

Est-ce à dire que nous proscrivons absolument la chambre pneumatique, ou l'appareil de Brauer ? Non, bien loin de là, nous espérons même qu'avec des perfectionnements ayant surtout pour but de les simplifier, ces deux appareils sont destinés à entrer dans la pratique courante et à rendre de grands services.

1. Sencert. *Chirurgie de l'œsophage thoracique et abdominal*. Paris, 1904.

Une simplification considérable, et une heureuse modification a déjà été apportée par Pierre Delbet qui a bien voulu nous renseigner sur l'appareil qu'il est en train d'étudier et grâce auquel il obtient de beaux résultats sur les animaux.

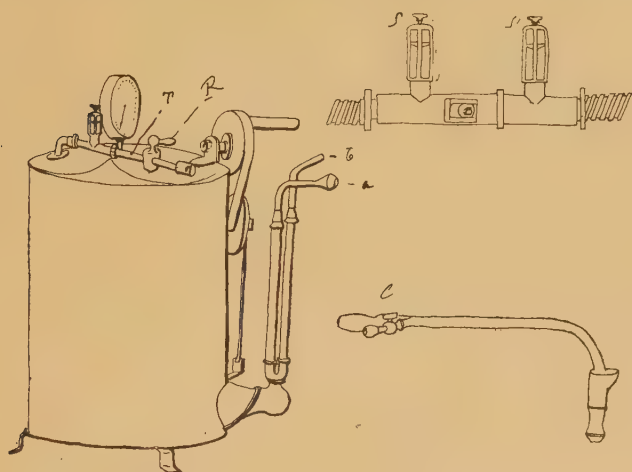


Fig. 3. — Appareil de Pierre Delbet.

Cet appareil dont nous reproduisons un schéma dû à l'obligeance de notre collègue et ami Mocquot se compose d'un soufflet, mû par une manivelle, et communiquant avec un réservoir en caoutchouc renfermé dans une enveloppe en tôle.

Le réservoir est muni d'un double tuyau d'aspiration.

L'un des tubes (*a*) constamment ouvert est destiné à laisser passer l'air extérieur. L'autre (*b*) permet l'arrivée d'un agent anesthésique quelconque.

Du réservoir part un troisième tube T chargé de conduire l'air sous pression, mélangé de vapeurs anesthésiques, dans les voies aériennes.

Il est muni d'un robinet R disposé de telle façon que si le sujet ne respire pas l'air du réservoir, il respire l'air extérieur.

Le point capital de l'appareil de M. Pierre Delbet consiste

dans la portion du tube qui porte deux soupapes SS'. A ce niveau à l'intérieur du tube métallique qui communique avec les voies aériennes, se trouve un tube plus petit en forme d'entonnoir dans lequel roule une bille (B).

Dans l'inspiration la bille est chassée vers l'animal, et comme elle n'obture pas l'orifice antérieur du tube, elle permet à l'air de passer dans les voies aériennes.

Dans l'expiration, la bille est chassée vers l'appareil, elle obture *complètement l'orifice* et l'air expiré sort par la soupape S' qui se soulève à ce moment.

Normalement, la soupape S ne fonctionne pas, mais quand l'animal ne respire plus elle permet de supprimer immédiatement l'augmentation de pression intrapulmonaire en permettant l'échappement de l'air et le retour à la pression normale.

Sur l'appareil est branché un manomètre à eau indiquant à chaque instant la pression intra-bronchique.

Enfin, à l'appareil est annexée une canule destinée à produire l'occlusion des voies aériennes.

La partie principale est constituée par un véritable tube laryngien porté par un tube coudé dont la partie externe sort hors de la bouche quand l'appareil est en place.

Au tube laryngien est annexée une petite membrane de baudruche.

Le tube conducteur se termine au dehors par deux tubulures : l'une communiquant avec le réservoir ; l'autre beaucoup plus petite, munie d'un robinet, est destinée à permettre l'insufflation de la membrane en baudruche pour déterminer une occlusion complète du larynx.

FONCTIONNEMENT DE L'APPAREIL

Le sujet étant endormi, on introduit la canule dans le larynx, puis on gonfle la membrane en baudruche de manière à obtenir un accolement parfait avec la cavité laryngée.

On ouvre le robinet R de façon à faire communiquer les voies aériennes du sujet avec l'air extérieur, et l'on met la canule en communication avec l'appareil. Le sujet respire à la pression atmosphérique.

Fermant le robinet R, on fait manœuvrer le soufflet, très doucement, progressivement de façon à régler à chaque instant la pression manométrique.

On maintient cette pression au bout d'un certain temps entre 100 et 110 millimètres d'eau.

Dans ces conditions la respiration se fait sous la pression indiquée par le manomètre et seule la soupape S' expiratrice fonctionne.

Si par hasard on veut pratiquer une respiration artificielle on introduit de l'air sous pression dans les poumons, puis on soulève la soupape S de manière à produire une expiration à la pression normale.

M. Pierre Delhet a fait de nombreuses expériences sur les chiens avec cet appareil : il a pu constater qu'il y avaitaccolement parfait entre la plèvre viscérale et la plèvre pariétale,accolement qui n'est parfois que relatif avec les autres appareils de Sauerbruch et de Brauer.

Avant de se prononcer d'une façon ferme, il faut peut-être encore attendre quelques expériences cliniques, mais déjà, cet appareil relativement simple, semble offrir toute sécurité, et ne présente pas à proprement parler d'inconvénients :

Nous avons fini l'étude des voies et des moyens d'abord, des kystes dermoïdes du médiastin. Nous nous sommes même laissés entraîner plus loin que nous l'aurions désiré, mais cette chirurgie est tout à fait à l'ordre du jour, et nous espérons que grâce à ce fait on voudra bien nous excuser.

VU :

Le Président de la thèse,
S. POZZI.

VU :

Le Doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD.

CONCLUSIONS

Nous voici arrivés au terme de notre étude : quels renseignements en pouvons nous tirer ? Ils sont assez nombreux.

I. — Les kystes dermoïdes du médiastin antérieur, quoique rares et peu étudiés en France ne sont pas exceptionnels à l'étranger puisque nous en rapportons environ 50 cas.

II. — D'origine congénitale, ils attendent, pour donner lieu à des accidents véritables, très fréquemment l'*époque de la puberté*, comme s'ils subissaient à ce moment les mêmes perturbations que les organes génitaux et la glande mammaire chez la femme.

III. — L'observation que nous rapportons, quoique des plus curieuses, n'est pas propre à simplifier la pathogénie de ces sortes de tumeurs. Elle repose d'une manière assez nette la question de l'origine thymique du kyste dermoïde, du médiastin, sans que nous puissions répondre par l'affirmative en écartant les autres théories ; qui toutes méritent d'être conservées par certains points mais sont à rejeter par d'autres.

Cependant nous pouvons dire que parmi les tumeurs envisagées par nous, il y a de vrais kystes dermoïdes dûs à une inclusion épithéliale et des embryômes d'origine blastomérique.

IV. — Le mode de début de ces néoplasmes, n'a rien de caractéristique.

Le plus souvent cependant le symptôme le 1^{er} en date est la dyspnée.

Puis, après une période de latence relative, on note une aggravation graduelle et constante d'intensité des symptômes.

Ceux-ci ne diffèrent guère de ceux des autres tumeurs du médiastin. Ce sont de la dyspnée, des douleurs thoraciques, de la toux en général quinteuse et de l'expectoration parfois caractéristique mais seulement quand il existe une communication, entre la poche kystique et l'arbre aérien.

V. — L'évolution est en général lente, progressive, durant de 3 à 8 ans, quelquefois même plus longtemps. Parfois elle est entrecoupée de périodes de rémission plus ou moins longues, suivies de paroxysmes dûs fréquemment à une complication intercurrente.

VI. — Le diagnostic, impossible au début, est, à part quelques cas exceptionnels où une expectoration caractéristique est venue trancher la question toujours très difficile.

Cependant, grâce à un examen clinique attentif, complété par une exploration radioscopique soignée, grâce à des ponctions exploratrices répétées, et à l'analyse de chaque symptôme aidée par la persistance du bon état général des malades, on est parvenu assez fréquemment sinon à faire le diagnostic exact du kyste dermoïde du médiastin, du moins à poser celui de tumeur bénigne, liquide justiciable d'une intervention chirurgicale.

VII. — Celle-ci est en effet rendue nécessaire par le pronostic.

Tous les cas de kystes dermoïdes que je rapporte, sont morts s'ils n'ont pas été opérés, les uns par cachexie, d'autres

à la suite d'une complication liée directement ou indirectement à la tumeur.

Cette mortalité de 100/100 est tombée à 30 0/0 grâce aux interventions que l'on a tenté de faire dans ces quinze dernières années.

Cette statistique ne demande qu'à s'améliorer dans des proportions considérables grâce à un diagnostic précoce permettant par conséquent d'opérer des malades en assez bon état, d'une part, et d'autre part d'intervenir sur des kystes dermoïdes assez peu développés et n'ayant par conséquent pas encore eu le temps d'adhérer avec les organes principaux du médiastin.

IX. — L'opération consistera à pratiquer une thoracotomie assez large suivie de pleurotomie. On traitera le kyste d'une façon différente suivant les cas.

On fera l'extirpation complète toutes les fois que ce sera chose possible. Dans le cas contraire, on se contentera d'évacuer le plus complètement possible les différentes cavités dermoïdes, et de marsupialiser la poche.

X. — Cette intervention n'offre pas la gravité que certains veulent lui accorder. On sait aujourd'hui que le pneumothorax chirurgical, si l'on a eu soin de se conformer à certaines précautions, se résorbe assez vite. D'ailleurs, ceux qui redoutent par dessus tout cette complication, disposent de certains appareils permettant de l'éviter.

Malheureusement ces appareils, allemands pour la plupart, sont beaucoup trop compliqués et peu employés en France. Pierre Delbet cependant vient d'en faire construire un nouveau modèle qui pourra peut-être rendre de grands services.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- * BELIN (René). — Paris, 1900. Observation d'un cas rare de kyste dermoïde du médiastin. Pneumectomie partielle. Guérison.
- BOINET. — *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert. Tome VIII, un article Tumeurs du médiastin.
- CHEVASSU. — Tumeurs du testicule. Th. Paris, 1906.
- * DARDIGNAC. — *Revue de Chirurgie*, 1894, p. 776, et s. Tumeur dermoïde du médiastin.
- DARESTE. — Production des monstruosités. Paris, 1891.
- DELAGENIÈRE. — Congrès de chirurgie française. Paris, octobre 1906.
- DELBET (Pierre). — Article Tumeurs in *Traité de Chirurgie* (Duplay-Reclus).
- FOUCHER. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du poumon. Thèse de Lille, 1901.
- HERTWIG. — Embryologie.
- * LANNELONGUE ET ACHARD. — *Traité des kystes congénitaux*. Paris, 1886.
- LOISON. — Voies d'abord des organes intra-thoraciques (*Congrès de Chirurgie de Paris*, 1906).
- * MARFAN. — Kyste dermoïde du médiastin antérieur (*Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*), 15 août 1891.
- *Traité de médecine*. Charcot-Bouchard, deuxième édition. Tome III.
- LEBERT. — Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général (*Société de Biologie*, 1853).
- PEYROT. — *Traité de Chirurgie* Duplay-Reclus. Tome VI.
- QUÉNU. — *Traité de Chirurgie* Duplay et Reclus. Tome I, article Tumeurs.

- QUÉNU ET LONGUET. — *Société de biologie*, 5 décembre 1896. Recherches expérimentales concernant la chirurgie intra-thoracique.
- SOULIGOUX. — *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet. Tome VII (Affections chirurgicales de la poitrine).
- TUFFIER ET HALLION. — *Société de Biologie*, 21 novembre, 12 décembre, 19 décembre, 1896. Opération intra-thoraciques avec respiration artificielle. Régulation de la pression intra-bronchique et de la narcose dans la respiration artificielle par insufflation.
- TOURNEUX. — Précis d'Embryologie.
- * WILLEMS DE GAND. — Congrès français de chirurgie. Paris, 1906. *Chirurgie du Thorax*.
- BRAUER. — *Id.* Congrès de chirurgie française, 1906.

Auteurs étrangers.

- * DANGSCHAT. — 1903. *Beiträge zur klinische chirurgie — Beiträge zur Genese. Pathologie und Diagnose der Dermoidcysten und Teratome in mediastinum anticum*, page 692 à 742.
- * EKEHORN. — *Archiv für klinische Chirurgie*, 1898: *Die Dermoidcysten des mediastinum anticum* (Tome 56) de page 107 à page 152.
- * PFLANZ. — *Zeitschrift für Heilkunde*, 1896. Tome 17, de page 473 à 503. *Über Dermoidcysten des mediastinum anticum*.
- * MORRIS. — 1903. *Dermoidcysts of the mediastinum Med. News*. 26 août, 2, 9, 16 septembre.
- BERGMANN. — *Über ein Fall von Dermoidcyste des mediastinum anticum. Prager med. Wochenschrift*, 1898.
- BUCHNER. — *Deutsche klinik*, 1853.
- CHRISTIAN. — *Dermoid cysts and Teratomata of the anterior mediastinum* (Boston Hospital Report, 1901).
- COLLENBERG. — *Zur Entwicklung der Dermoidcystane*, Diss. Breslau, 1869.
- FINKLER UND RIBBERT. — *Berl. klinik. Wochenschrift*, 1887.
- JORES. — *Über die Verbindung einer Dermoidcyste mit malignem cystosarcom* (*Virchows Archiv.*, 1896).
- KUSTER. — *Berliner klinik Wochenschrift*, 1883.
- MANDELBAUM. — *A case of dermoid cyst of the mediastinum* (*American Journ. of the med. sciences* Juli 1900).

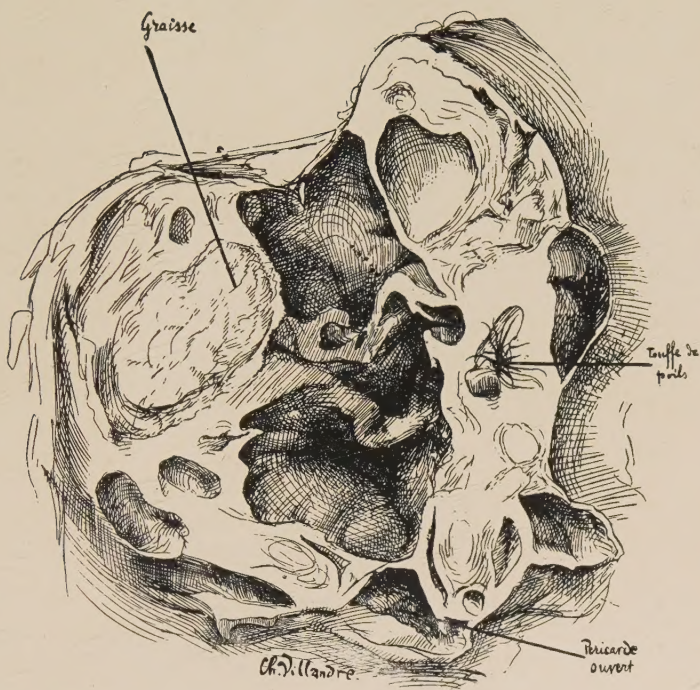
- RIEGEL. — *Zur Pathologie und Diagnose des mediastinal Tumoren.*
Virchow's Archiv. Bd 49.
- VON TÖRÖK. — *Teratom der Brusthöhle durch operation aus dem*
Thorax. Zeitschrift für Heilkunde, 1900.
- TURK. — *Wien klinik Wochenschrift,* 1903.
- SICARDI. — *Morgagni. Februar. anno* 1906.
- CARPENTER. — *The Lancet.* Tome I, page 205, 1906.
- VORDMANN. — *Deutsche med. Wochenschrift,* page 204, 1906.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	1
Observation inédite	4
Observations antérieures.	21
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie.	91
Anatomie pathologique	92
CHAPITRE II. — Pathogénie	97
CHAPITRE III. — Symptomatologie	107
CHAPITRE IV. — Diagnostic	113
CHAPITRE V. — Thérapeutique	119
CONCLUSIONS	133
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	137
Planches I à III	



Aspect de la tumeur vue par sa face antérieure (*demi-schématique*)



Vue du kyste après section sur la ligne médiane

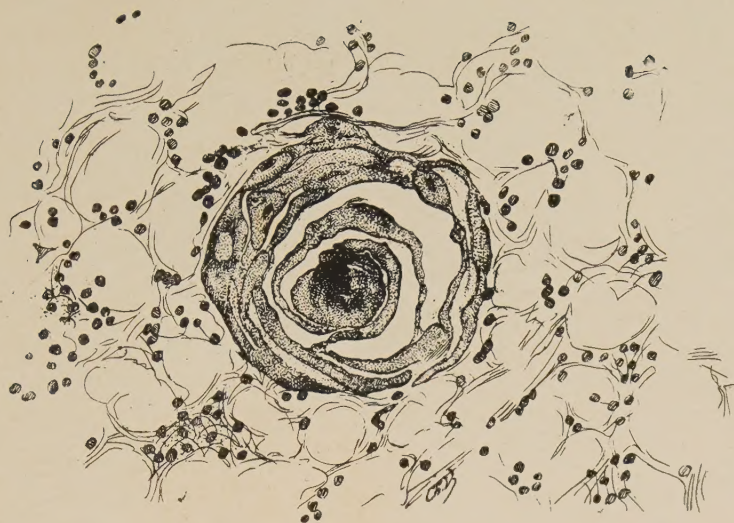


Fig. 1 — Corpuscule de Hassal au milieu de tissu lymphoïde.



Fig. 2 — Coupe de la paroi dans une région épaisse

